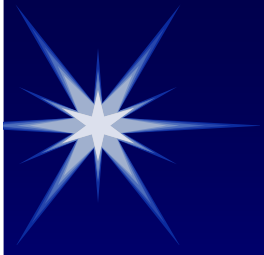


Produits de santé à l'hôpital : enjeux économiques, accès à l'innovation

Professeur Samuel LIMAT
DES UE II – Août 2019

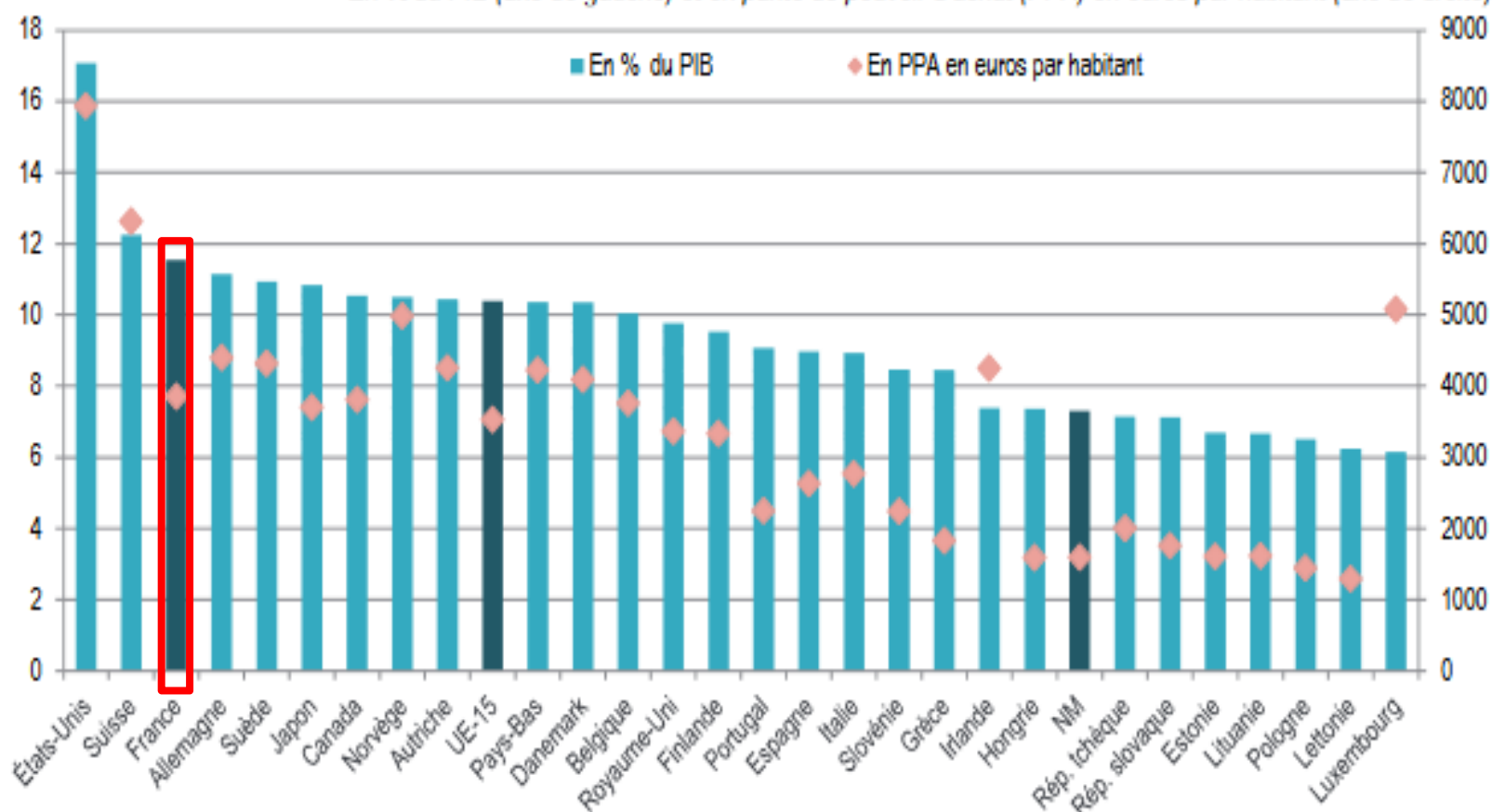


Economie du système de
santé

Place des produits de
santé

Graphique 11 Dépense courante de santé au sens international en 2016

En % du PIB (axe de gauche) et en parité de pouvoir d'achat (PPA) en euros par habitant (axe de droite)

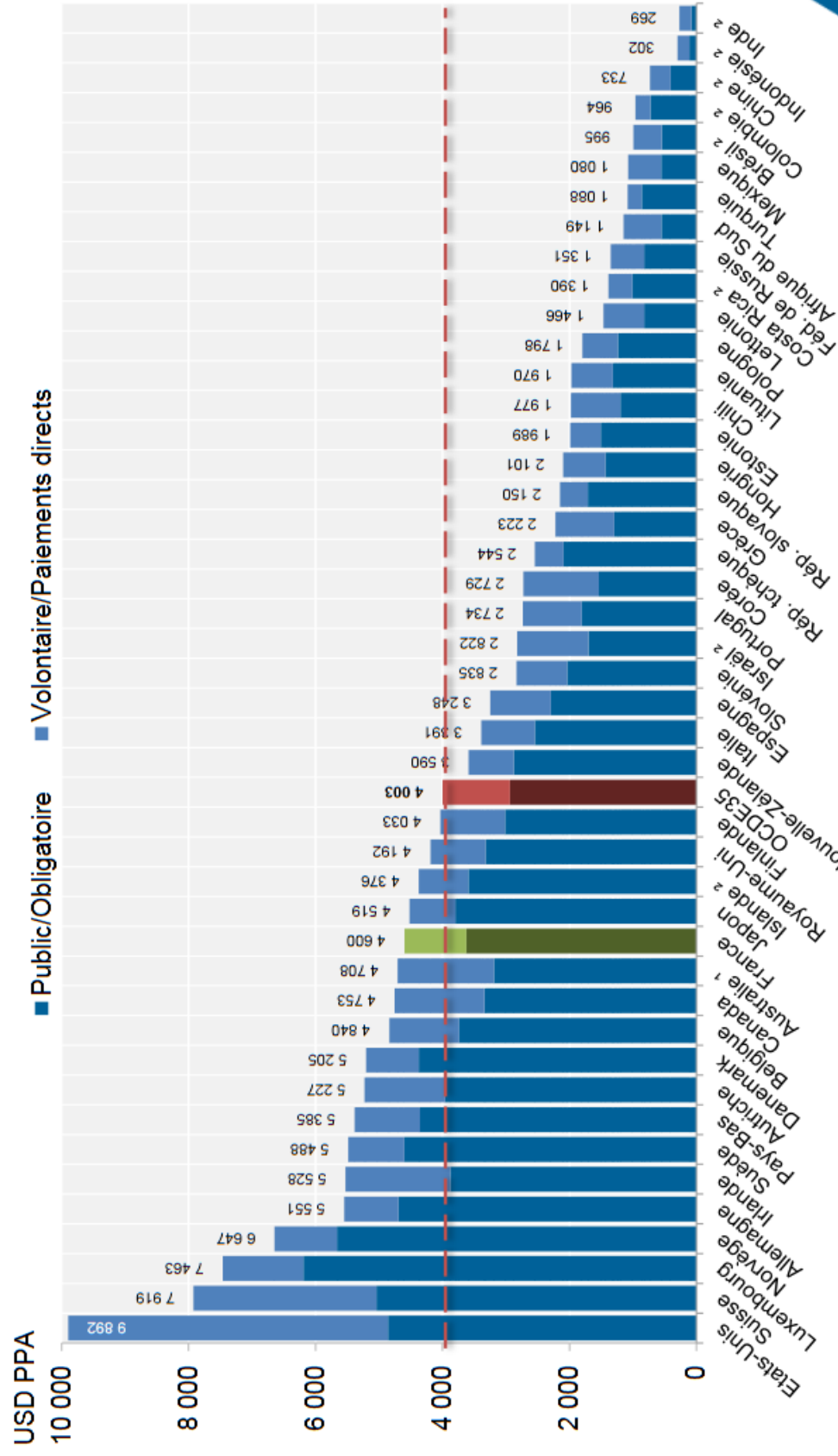


Note > À partir de l'édition 2018, les dépenses d'hébergement des personnes dépendantes en établissements de soins de longue durée sont incluses dans la DCSi française (voir annexe 5).

Source > OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA).



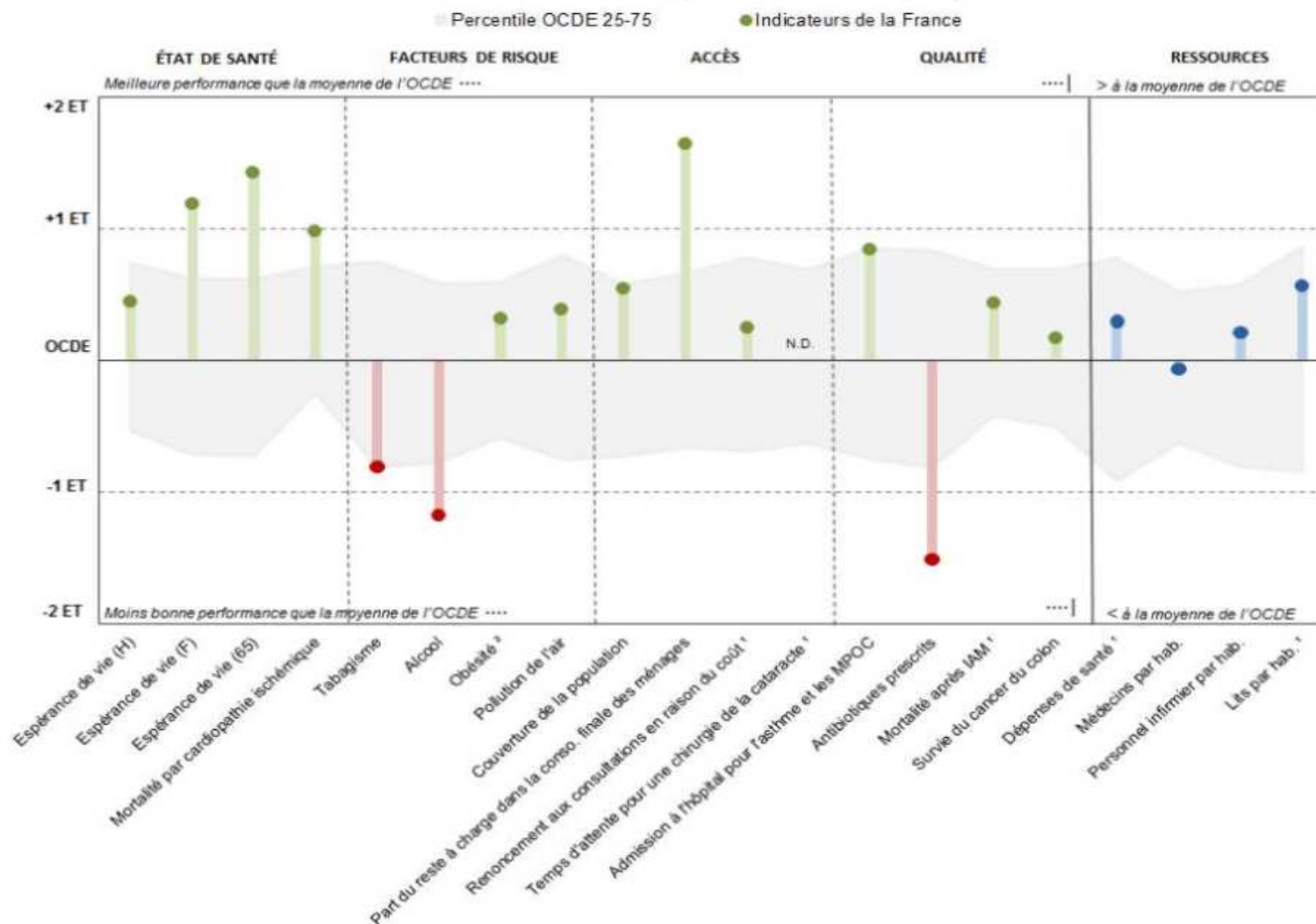
Les dépenses de santé : 15% supérieures à la moyenne OCDE



Notes : Les dépenses excluent les investissements, sauf indication contraire. 1. Les estimations des dépenses australiennes excluent toutes les dépenses des services d'aide sociale au titre des établissements de soins aux personnes âgées. 2. Inclut les investissements.

Le système de santé est performant mais peut être amélioré

Comparaison entre la France et la moyenne des pays de l'OCDE



ecture : L'espérance de vie à la naissance des hommes est supérieure de 0.84 écart type à la moyenne de l'OCDE.

otes : 1. Le calcul des écarts types exclut les valeurs aberrantes extrêmes (+/- 3 d'écarts types). 2. Inclut les taux d'obésité mesurés et auto-déclarés.

OCDE, panorama 2017 de la santé

Health at a Glance

Health status

Risk factors

Access to care

Quality of care

Health care resources

Measures of the quality and outcomes of care should reflect appropriateness of care, clinical effectiveness, patient safety and the person responsiveness of care. The appropriateness of care is measured by antibiotics prescribed as well as asthma and chronic obstructive pulmonary disease (COPD) admissions as an indicator of avoidable admissions. 30-day mortality following acute myocardial infarction (AMI) and colon cancer survival are indicators of clinical effectiveness; obstetric trauma is a measure of patient safety. All data refer to 2015 or nearest year.

Highlight a country:

Quality of care

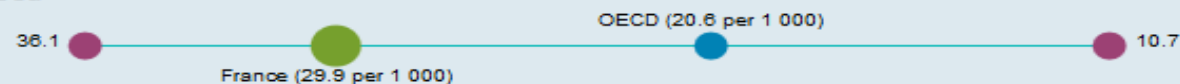
Bottom Performer

Top Performer

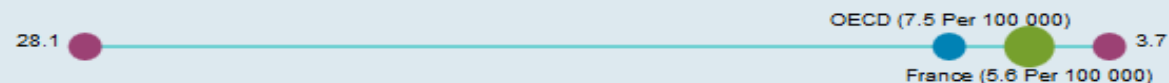
Asthma and COPD hospital admissions



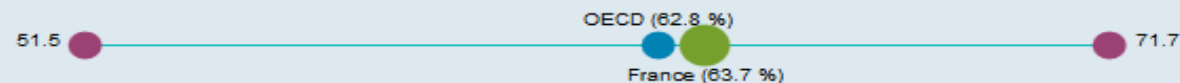
Antibiotics prescribed



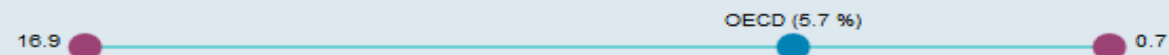
AMI mortality



Colon cancer survival



Obstetric trauma



Visit the [Health at a Glance 2017 website](#) for access to the full report, detailed country notes and more information.

OCDE, panorama 2017 de la santé

Health at a Glance

Health status

Risk factors

Access to care

Quality of care

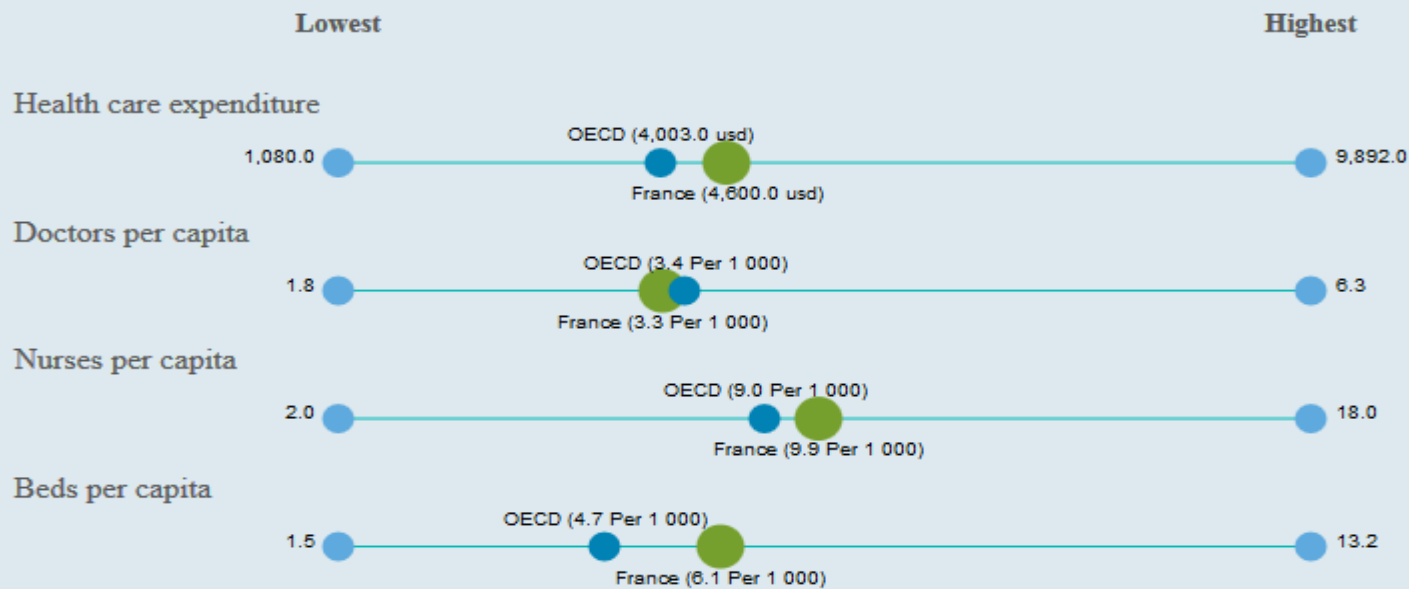
Health care resources

Having sufficient health care resources is critical to the functioning of health systems. But higher resources do not automatically translate into better health outcomes – the effectiveness of spending is also important. Health care expenditure per capita is the most immediate summary measure of health care resources. The supply of health workers (doctors and nurses) and hospital beds are also reported, since higher health spending is not always closely related to these indicators.

All data refer to 2015 or nearest year, except for health care expenditure, which refers to 2016.

Highlight a country: France

Health care resources



Visit the [Health at a Glance 2017 website](#) for access to the full report, detailed country notes and more information.

Health at a Glance

Health status

Risk factors

Access to care

Quality of care

Health care resources

Life expectancy is a key indicator to understanding the overall health of a population. Three indicators reflecting gender and age-specific life expectancies are presented here. More specific indicators on ischaemic heart mortality and dementia prevalence are also shown, two major causes of mortality and morbidity today and in the future.

All data refer to 2015 or nearest year, except for dementia prevalence, which refers to 2017.

Highlight a country: France

Health status

Bottom Performer

Top Performer

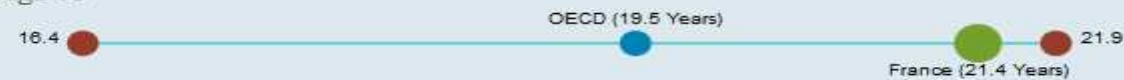
Life expectancy (male)



Life expectancy (female)



Life expectancy at age 65



Ischaemic mortality



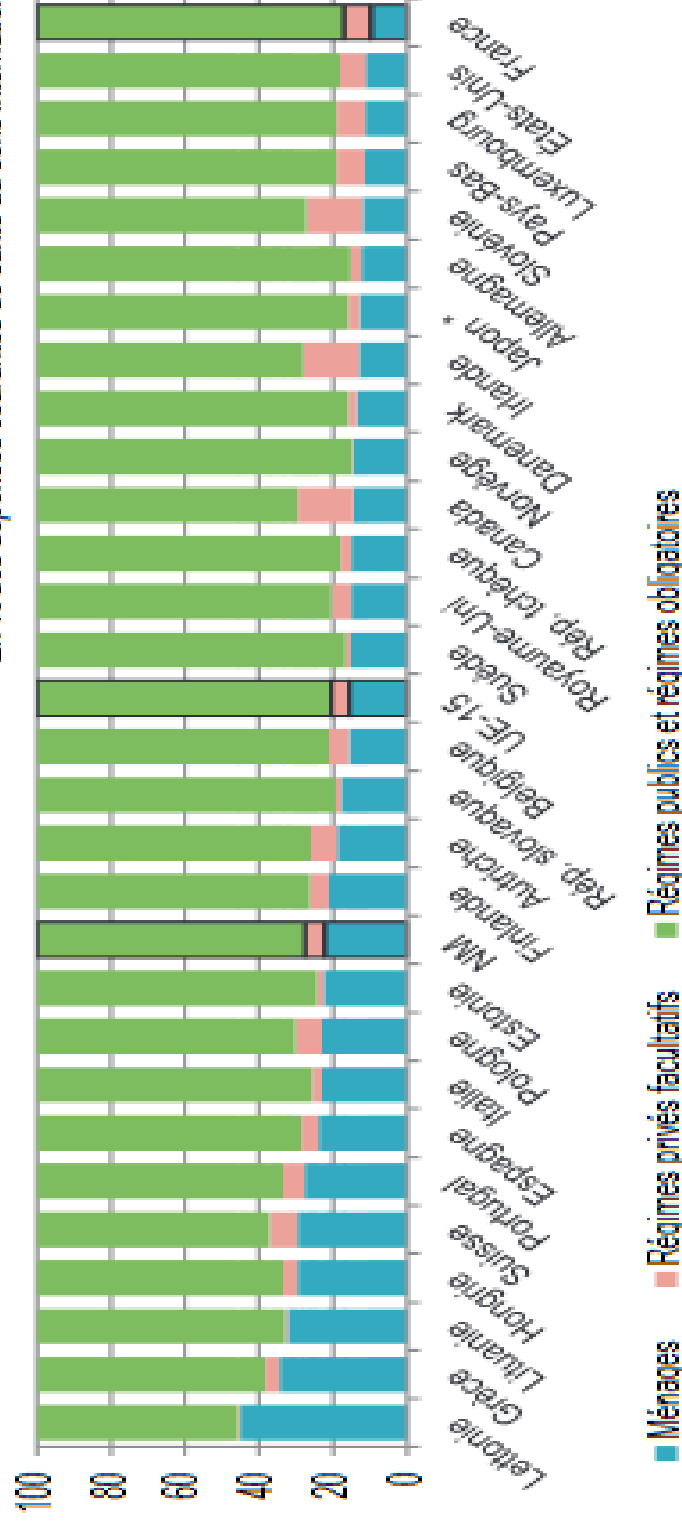
Dementia prevalence



Visit the [Health at a Glance 2017 website](#) for access to the full report, detailed country notes and more information.

Graphique 1 Financement des dépenses courantes de santé au sens international en 2016

En % des dépenses courantes de santé au sens international

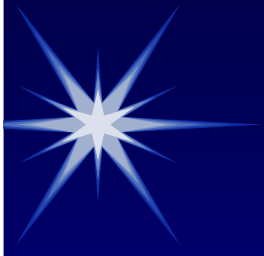


* Données 2015 pour la répartition des dépenses privées.

Note > Pour la France, les régimes privés facultatifs ne comportent plus que des contrats privés individuels, les contrats privés collectifs étant devenus obligatoires au 1^{er} janvier 2016 en application de la loi du 14 juin 2013 (voir annexe 1).

Champ > UE-15, NM (voir glossaire), Suisse, Norvège, États-Unis, Canada et Japon.

Source > OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA).



Synthèse

- ⌘ On dépense bcp
- ⌘ Accessibilité OK
- ⌘ Prévention KO
- ⌘ Pertinence Bof
- ⌘ Trop de lits

- ⌘ Cf Stratégie de Santé !



Traduction hospitalière

- ⌘ Virage ambulatoire
- ⌘ Réduction capacitaire
- ⌘ IPDMS

- ⌘ Moins de lits, donc de RH
- ⌘ Plus de parcours

- ⌘ Mode de financement ?

Indicateurs

- Dépenses de santé
- **Dépenses pharmaceutiques**
- Médecins
- Infirmiers
- Titulaires d'un diplôme de médecin
- Titulaires d'un diplôme d'infirmier/ère

Dépenses pharmaceutiques

Total, % du PIB, 2017 ou dernières données disponibles

Source : Dépenses de santé et financement : Indicateurs des dépenses de santé

Afficher:

Diagramme

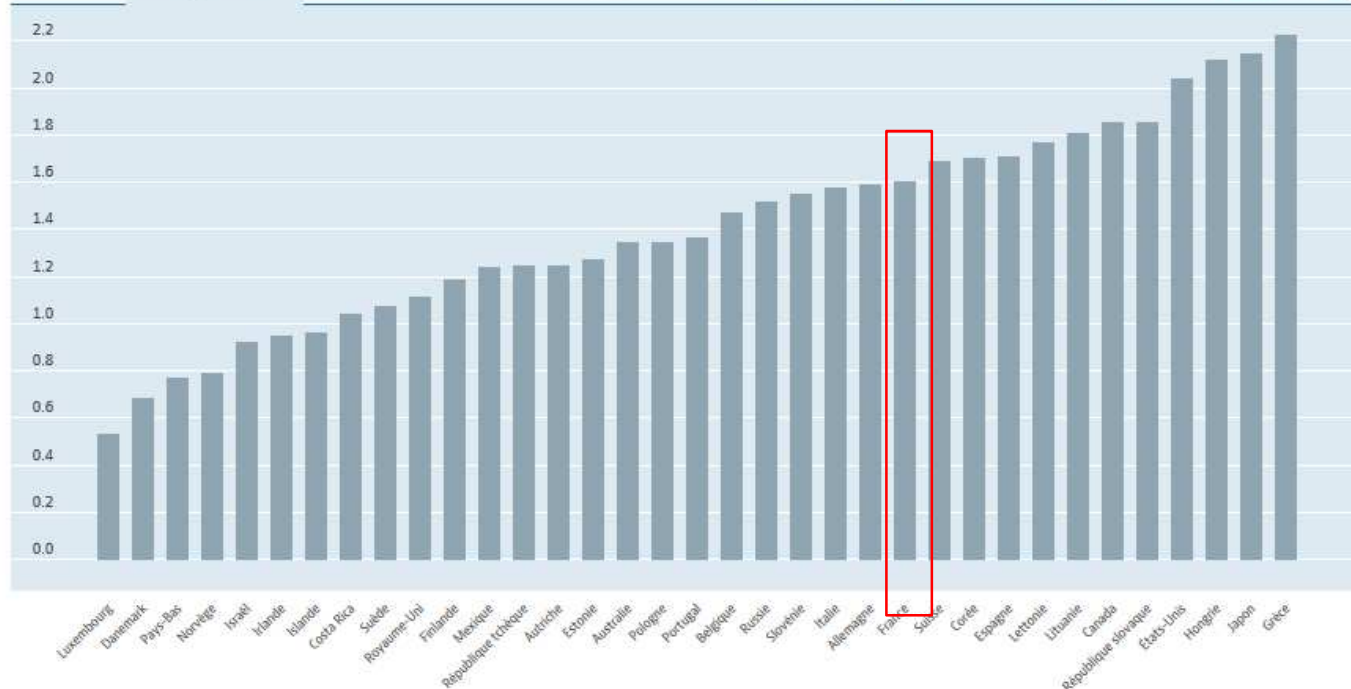
Tableau

Plein écran

partager

télécharger

Mon pêle-mêle



Sélectionner

Total

% du PIB

Pays

Pays sélectionnés (0)

Période

annuelle

trimestrielle

mensuelle

☒ dernières données disponibles

<

2013 – 2017

>

OCDE, panorama 2017 de la santé

Indicateurs

» Dépenses de santé

» Dépenses pharmaceutiques

» Médecins

» Infirmiers

» Titulaires d'un diplôme de médecin

» Titulaires d'un diplôme d'infirmier/ère

Dépenses pharmaceutiques

Total, % des dépenses de santé, 2017 ou dernières données disponibles

Source : Dépenses de santé et financement : Indicateurs des dépenses de santé

Afficher:

Diagramme

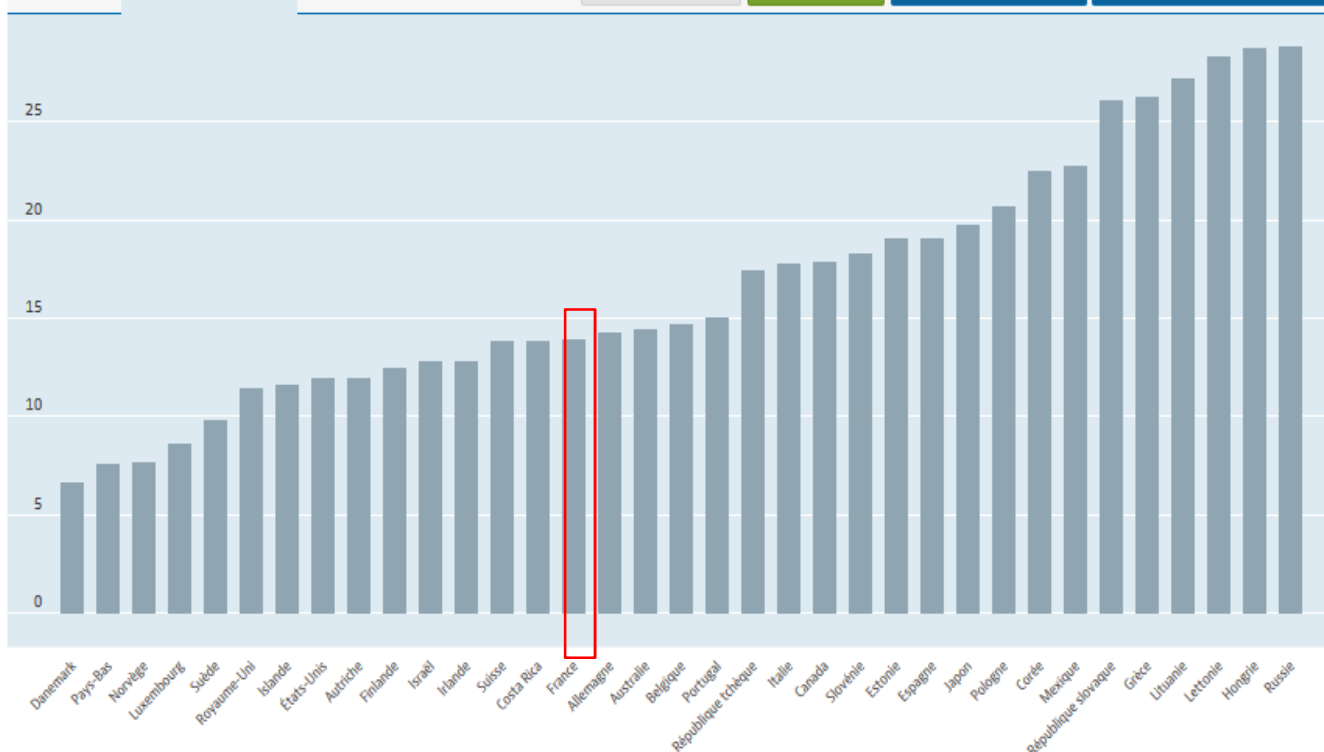
Tableau

Plein écran

partager

télécharger

Mon pêle-mêle



Sélectionner

Total

% des dépenses de santé

Pays

Pays sélectionnés (0)

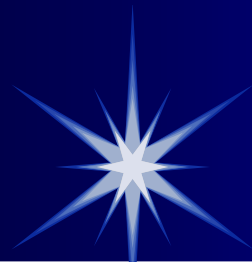
Période

annuelle

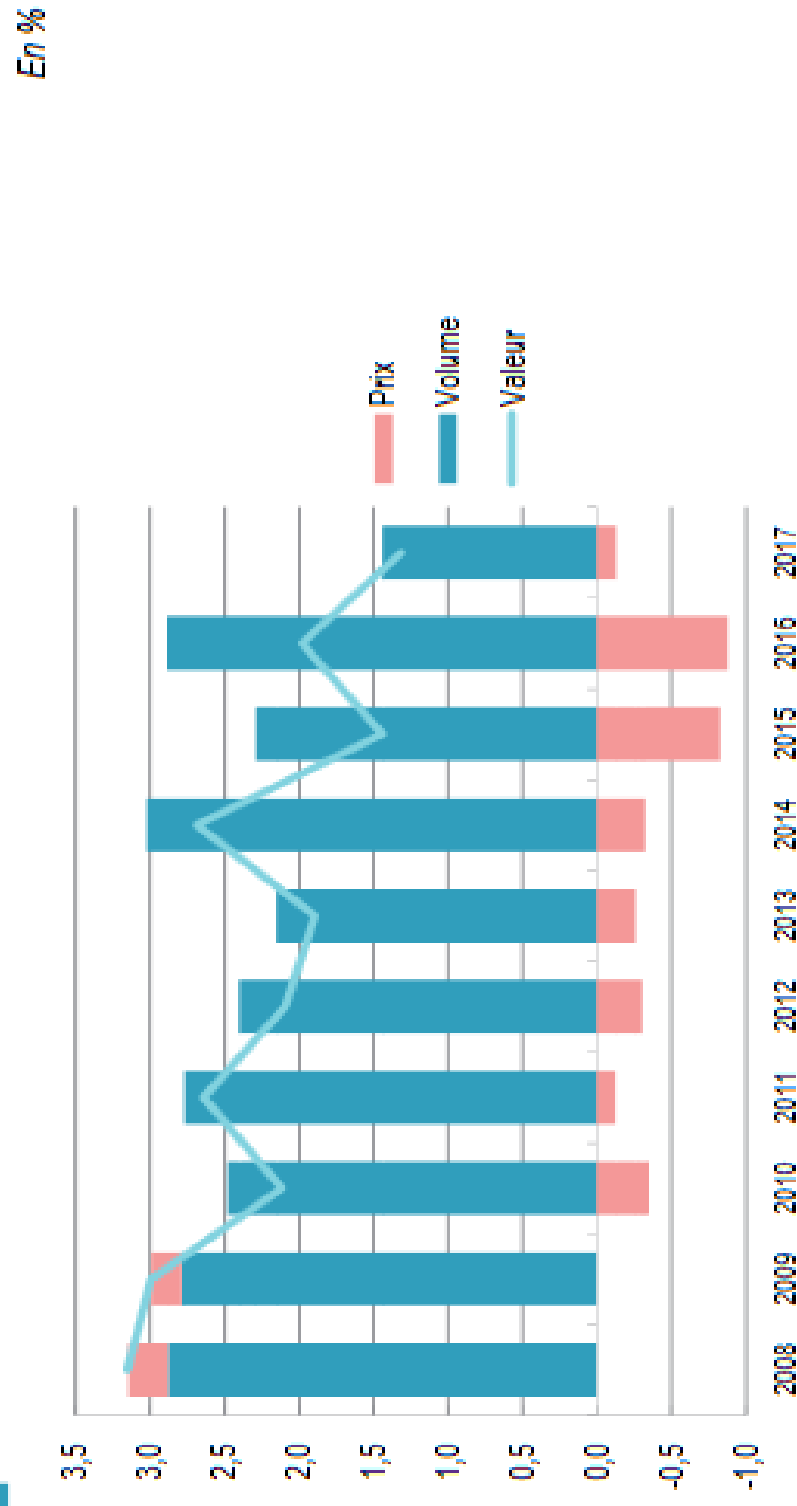
trimestrielle

mensuelle

☒ dernières données disponibles



Graphique 1 Partage de l'évolution de la CSBM en valeur



Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 2 Évolution de la CSBM selon ses principales composantes, en valeur

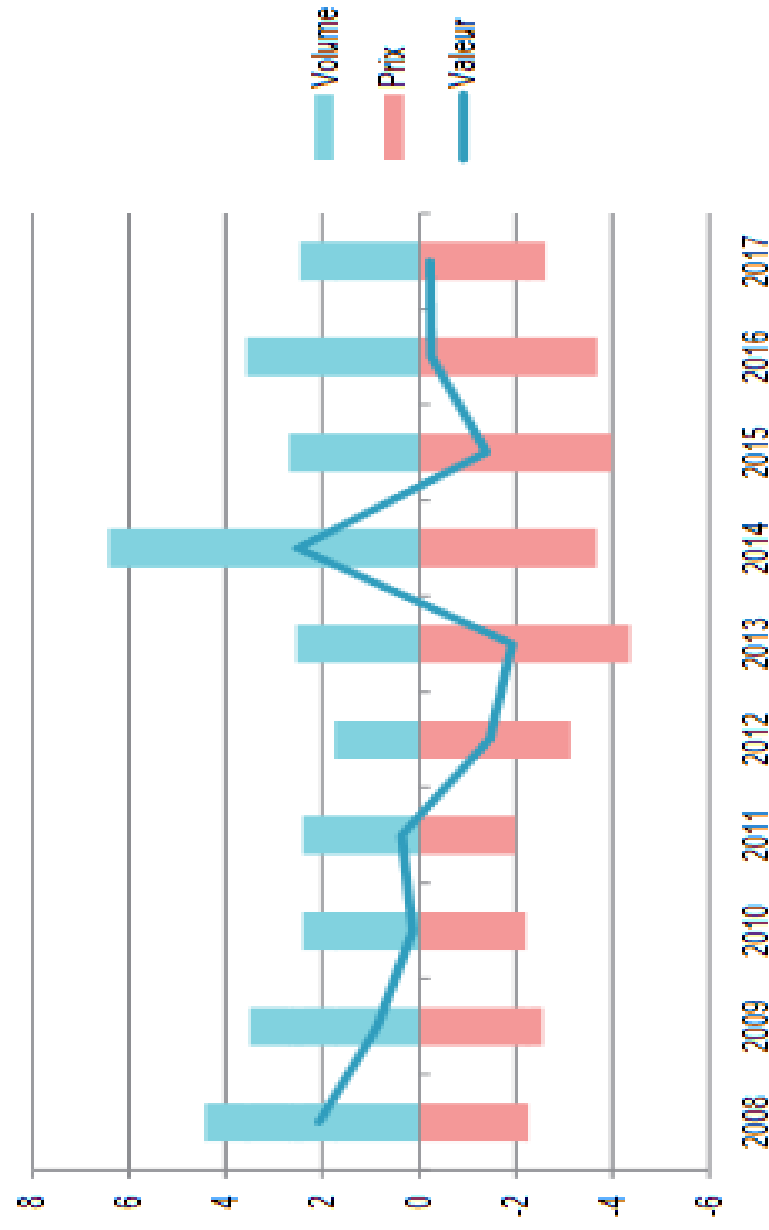
En %



Source : DREES, comptes de la santé.

Graphique 6 Partage de l'évolution de la consommation de médicaments, en valeur

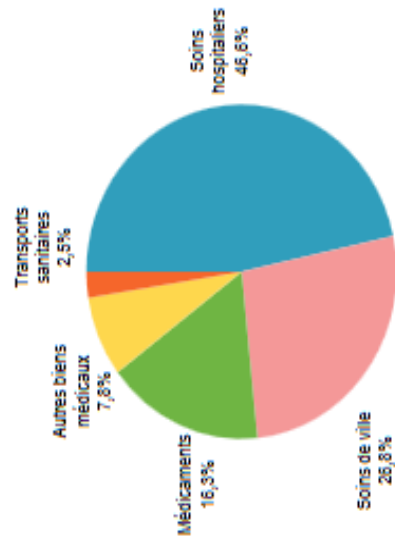
En %



Champ > Consommation de médicaments en ambulatoire.

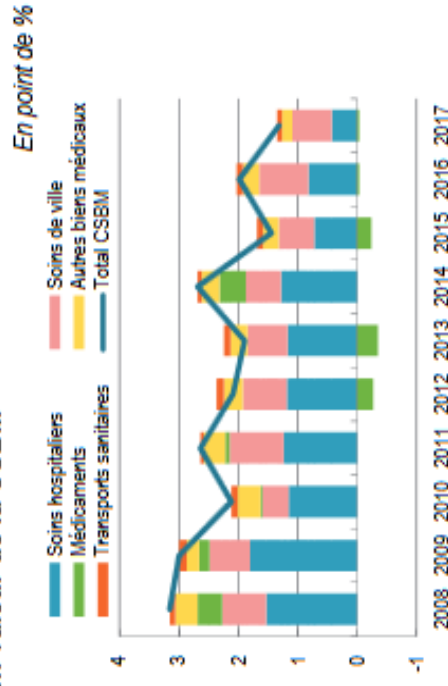
Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 1 Structure de la CSBM en 2017

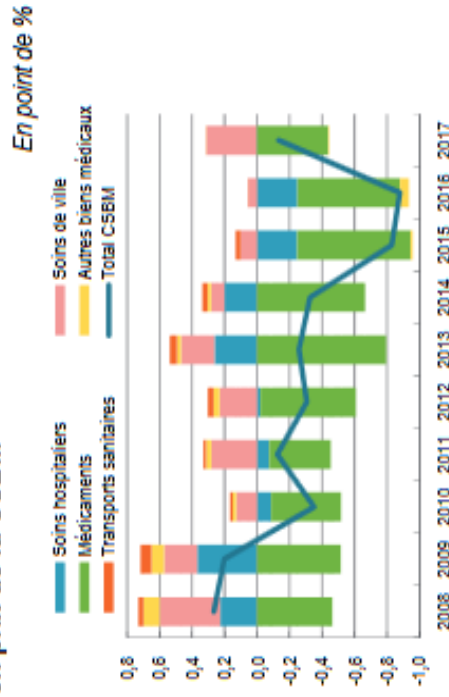


Source > DREES, comptes de la santé.

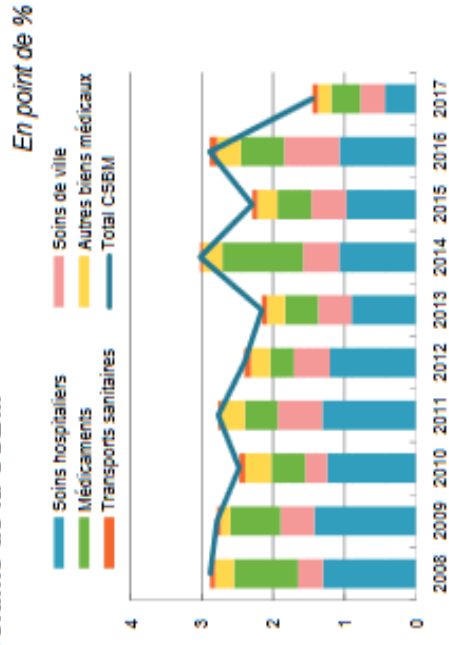
Graphique 2 Contributions à la croissance en valeur de la CSBM



Graphique 3 Contributions à la croissance en prix de la CSBM

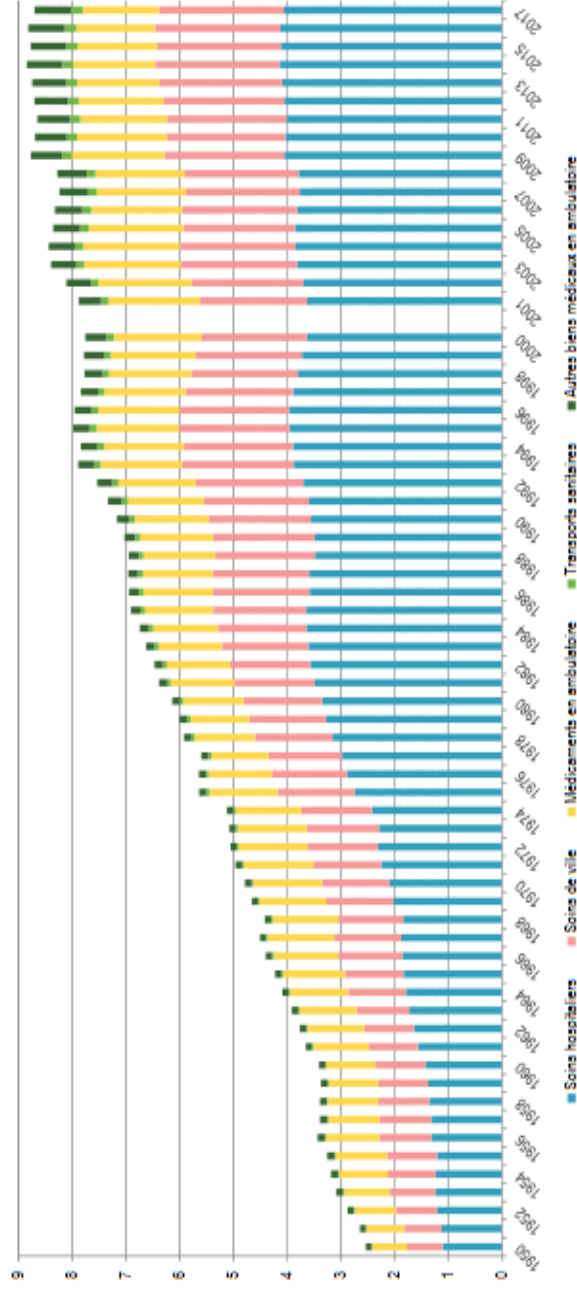


Graphique 4 Contributions à la croissance en volume de la CSBM



Graphique 1 La CSBM et ses principaux postes en pourcentage du PIB depuis 1950

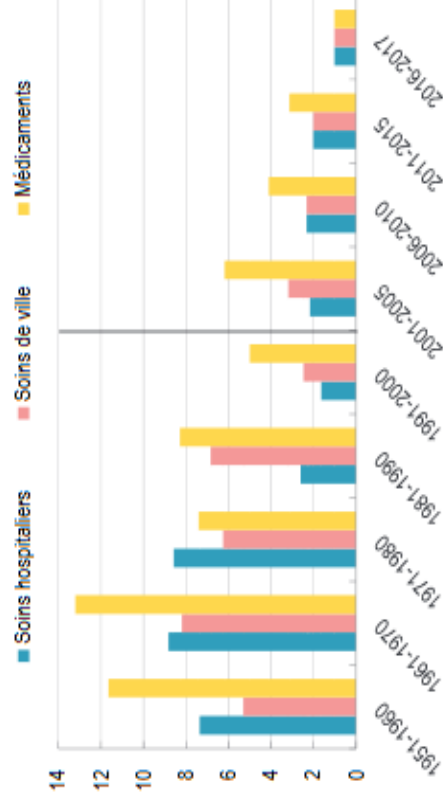
En % du PIB



Sources > DREES, comptes de la santé (base 2010 pour la période 1950-2000 ; base 2014 pour la période 2001-2017) ; Insee, comptes nationaux (base 2014 pour le PIB).

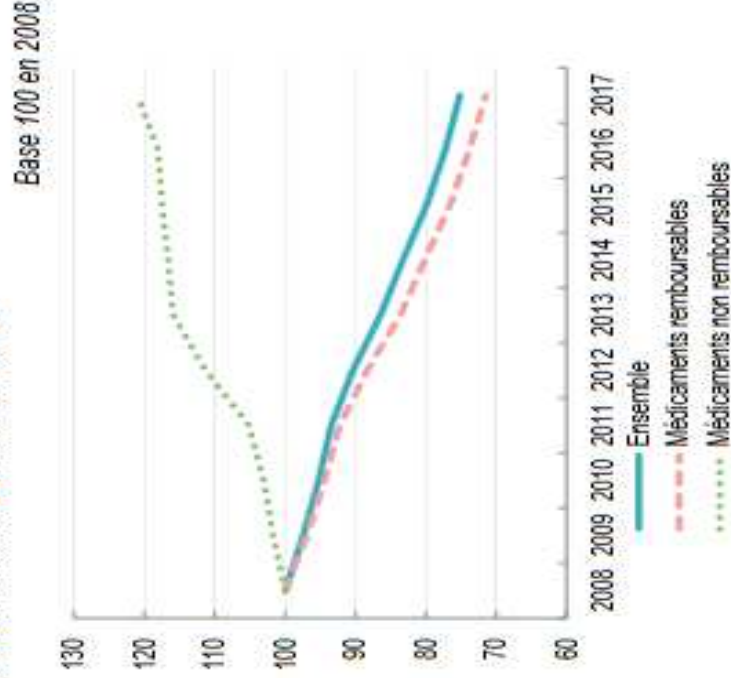
Graphique 2 Taux de croissance annuels moyens des principaux postes de la CSBM, en volume

En %



Source > DREES, comptes de la santé (base 2010 pour la période 1950-2000 ; base 2014 pour la période 2001-2017).

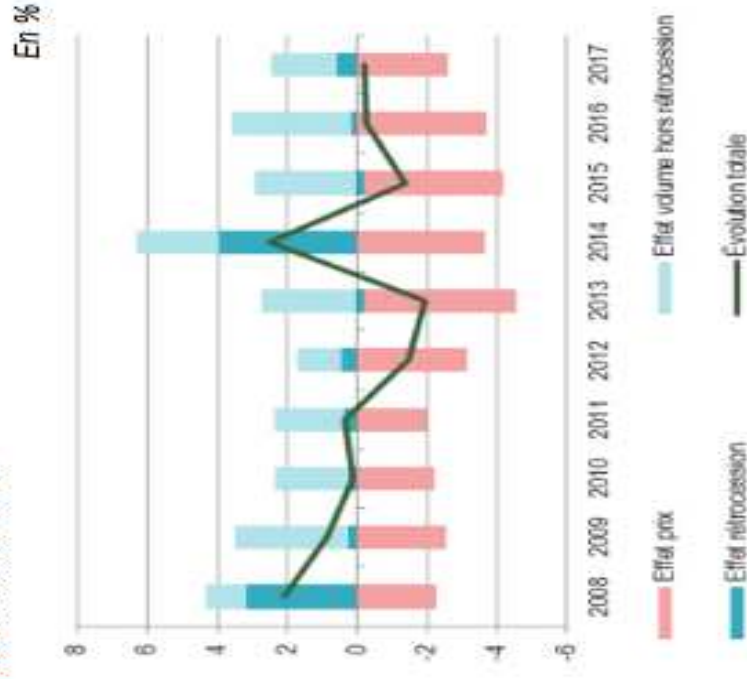
Graphique 1 Évolution des indices de prix des médicaments



Note > L'indice des prix à la consommation (IPC) est calculé chaque année par l'Insee à qualité constante. L'innovation, souvent plus coûteuse, n'est de ce fait pas retracée dans cette évolution.

Source > Insee.

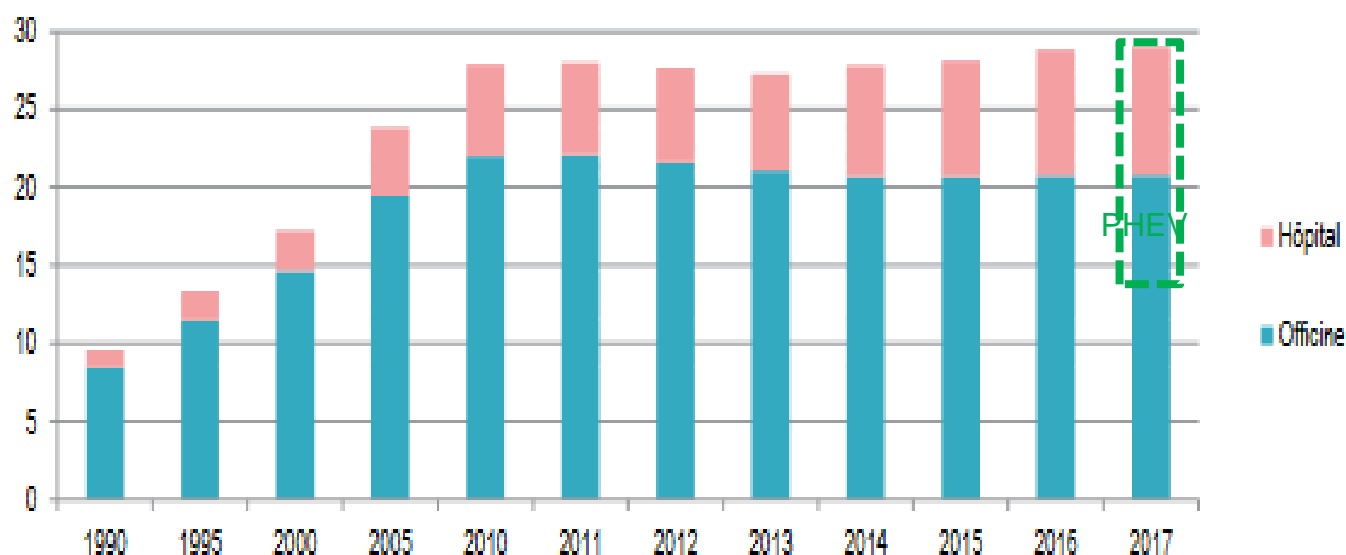
Graphique 2 Évolution de la consommation de médicaments



Source > Drees, comptes de la santé.

Graphique 1 Le marché pharmaceutique en France

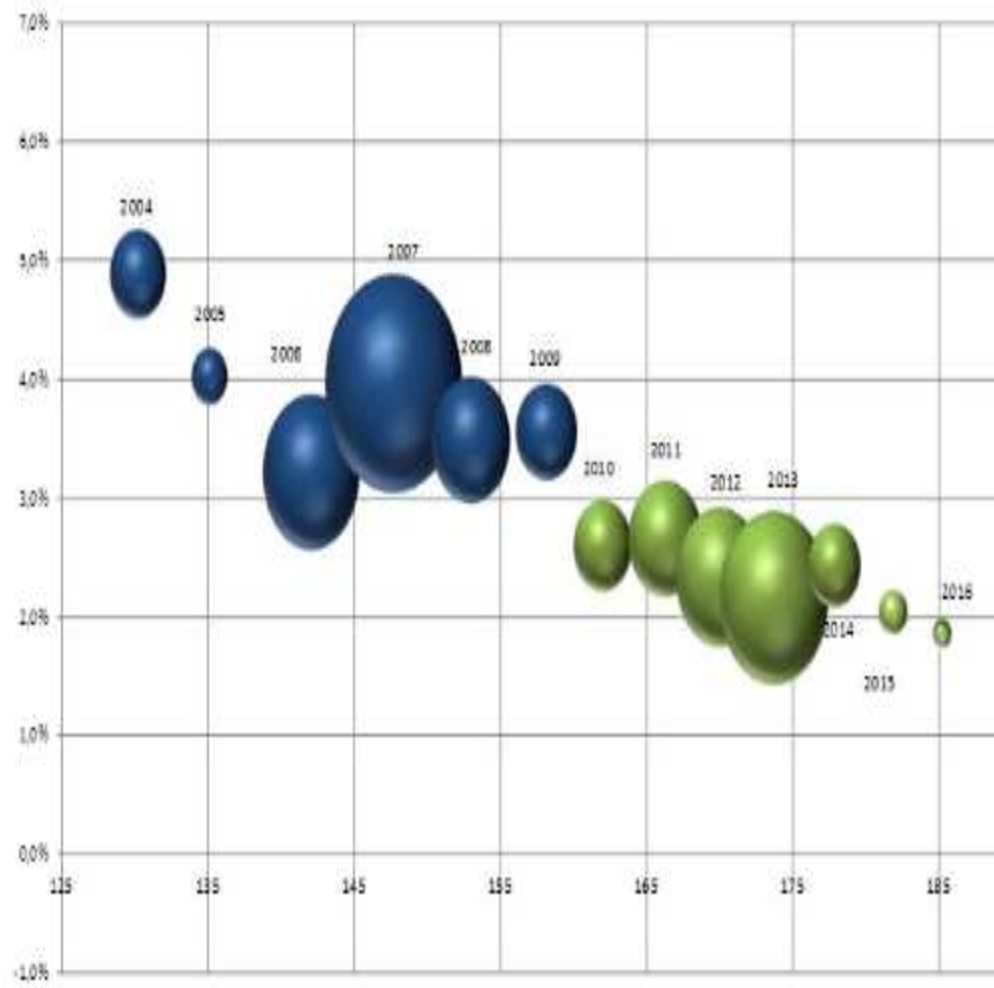
En milliards d'euros



Champ > France, médicaments remboursables ou non, y compris homéopathie remboursable (0,2 milliard d'euros), marché valorisé aux prix fabricants hors taxes (PFHT).

Source > LEEM d'après données GERS.

Graphique I.1.1 • Niveaux et dépassements de l'ONDAM depuis 2004



Source LFSS 2017

Tableau 2 Évolution des produits et des charges des hôpitaux publics entre 2012 et 2015

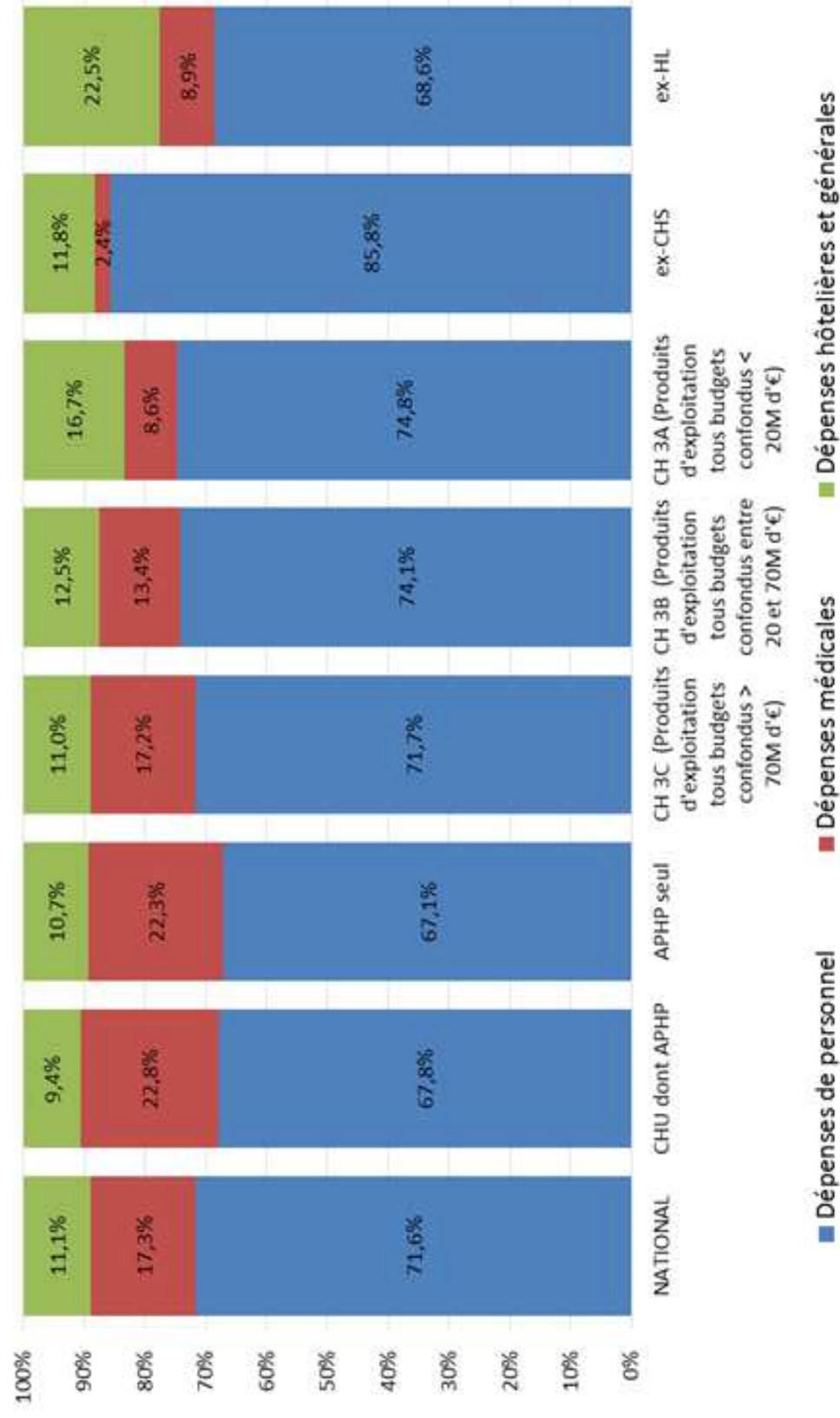
Montants en milliards d'euros

	Montants (en millions €)				Evolution (en %)		
	2012	2013	2014	2015*	2012/2013	2013/2014	2014/2015
Produits							
Budget global	72,0	73,5	75,2	76,7	2,0	2,3	2,0
dont budget principal	63,2	64,5	66,1	67,5	2,1	2,5	2,1
dont titre 1 : produits versés par l'assurance maladie	49,9	49,9	51,1	52,2	-0,1	2,3	2,2
dont titre 2 : produits à la charge des patients, organismes complémentaires, État	5,4	5,6	5,6	5,6	3,6	1,5	-0,6
dont titre 3 : autres produits	7,9	9,0	9,4	9,6	14,3	4,3	2,3
Charges							
Budget global	71,9	73,6	75,4	77,1	2,3	2,5	2,2
dont budget principal	63,3	64,8	66,5	68,1	2,3	2,6	2,4
dont titre 1 : charges de personnel	41,7	42,9	44,1	44,9	2,8	2,7	1,8
dont titre 2 : charges à caractère médical	8,5	8,8	9,2	9,6	3,7	4,1	4,9
dont titre 3 : charges à caractère hôtelier et général	6,4	6,6	6,6	6,8	3,2	0,9	2,5
dont titre 4 : charges d'amortissement, de provisions, financières et exceptionnelles	6,7	6,5	6,6	6,7	-3,4	1,3	2,0
Résultat de l'exercice							
Budget global	0,089	-0,102	-0,247	-0,411	-	-	-
dont budget principal	-0,140	-0,324	-0,385	-0,618	-	-	-
dont budget annexe	0,229	0,221	0,138	0,207	-	-	-

* Données provisoires.

Champ > Hôpitaux de statut public (hors hôpitaux militaires). France métropolitaine et DOM.

Sources > DGFIP, SAE, calculs DREES (données retraitées, cf. encadré).



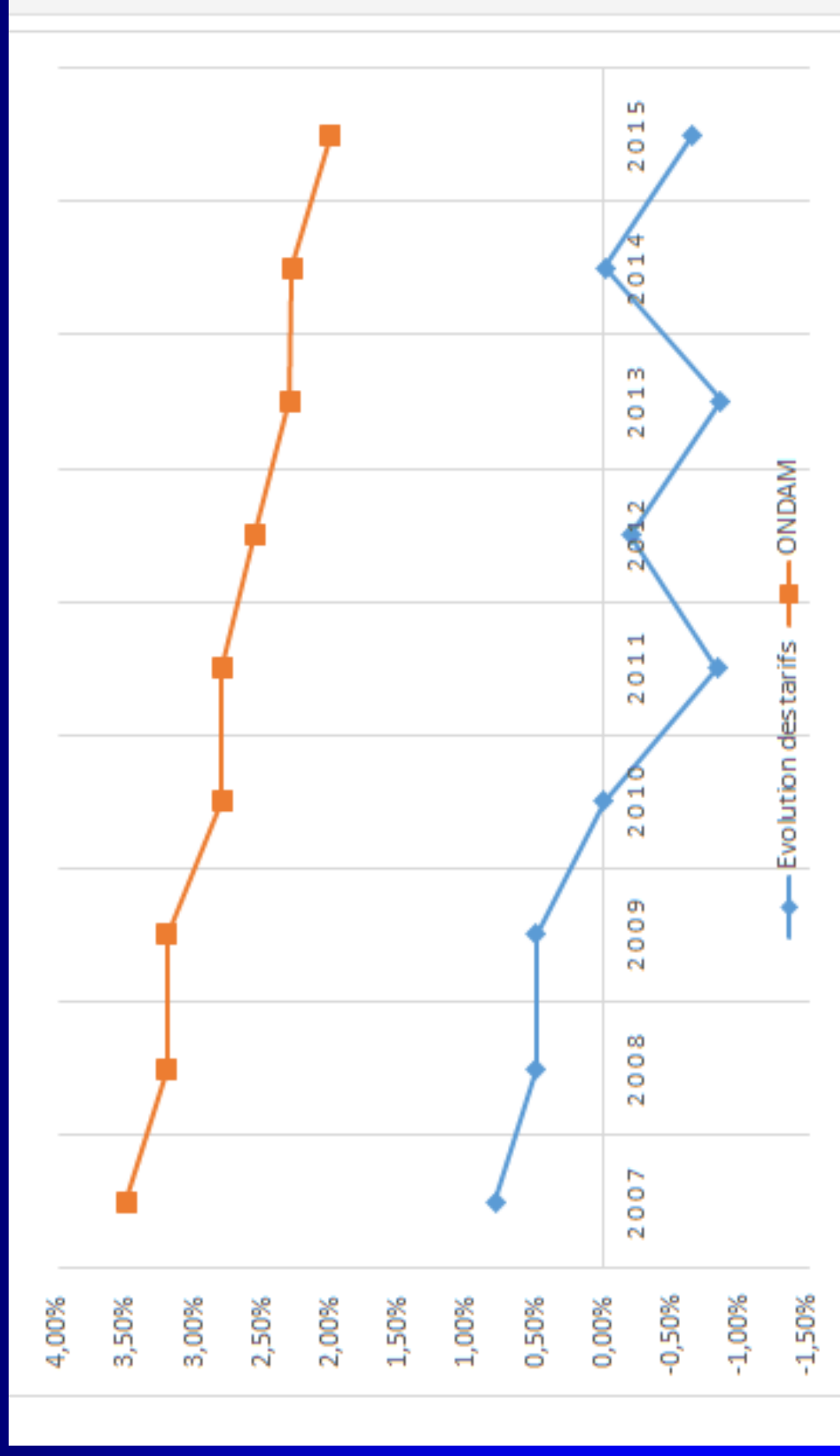
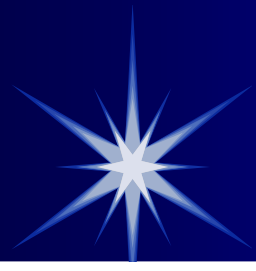
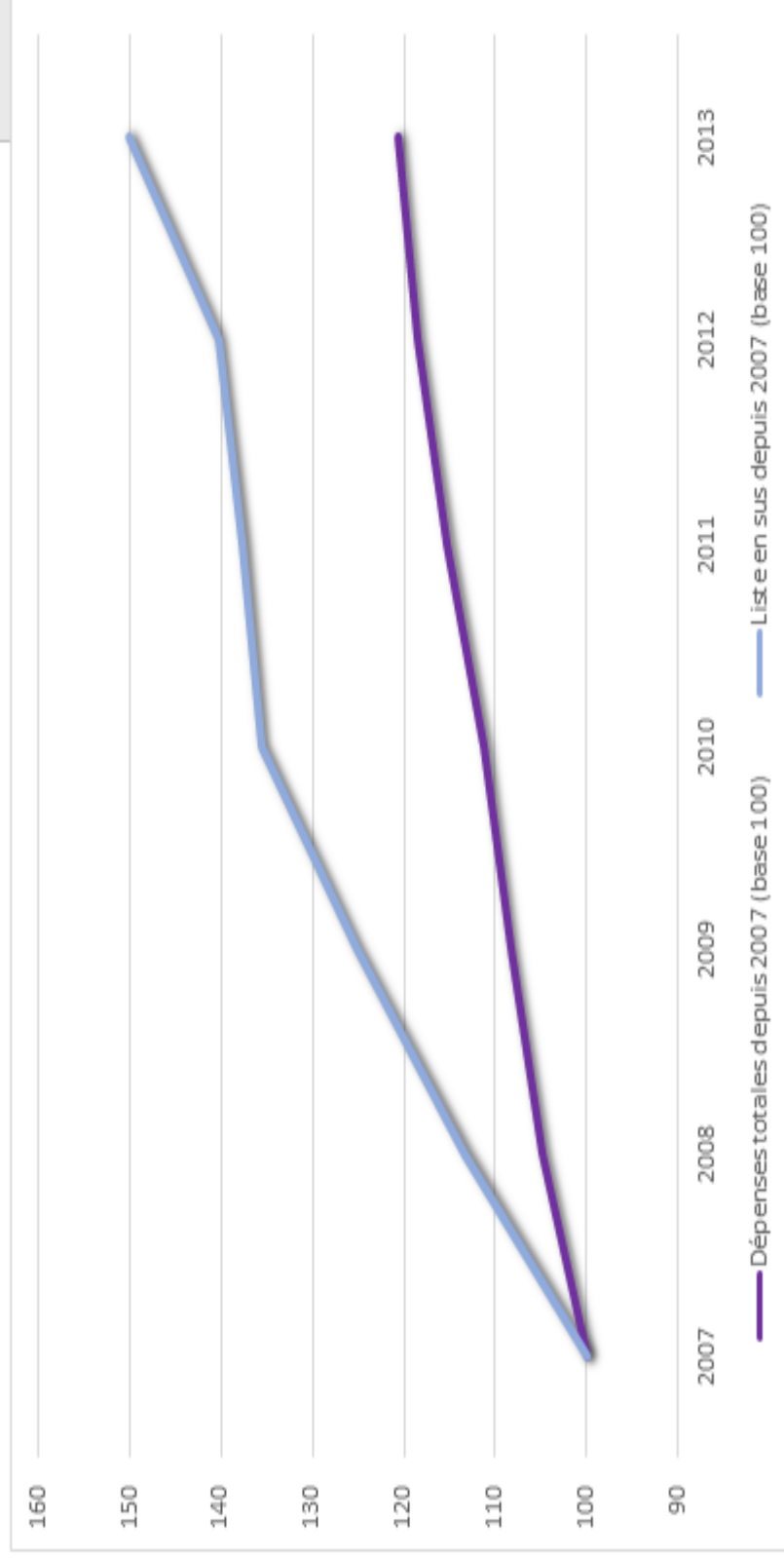
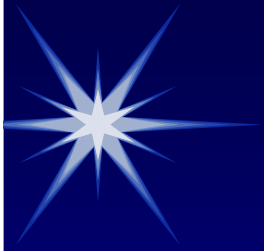


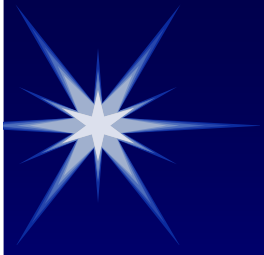
Figure 21 : Evolution des dépenses des hôpitaux vs. Évolution liste en sus - sur une base 100 en 2007
 (Source : Comptes de gestion, Ministère de l'Économie et des Finances ; Périmètre : Établissements publics de santé ; Traitement : FHF)





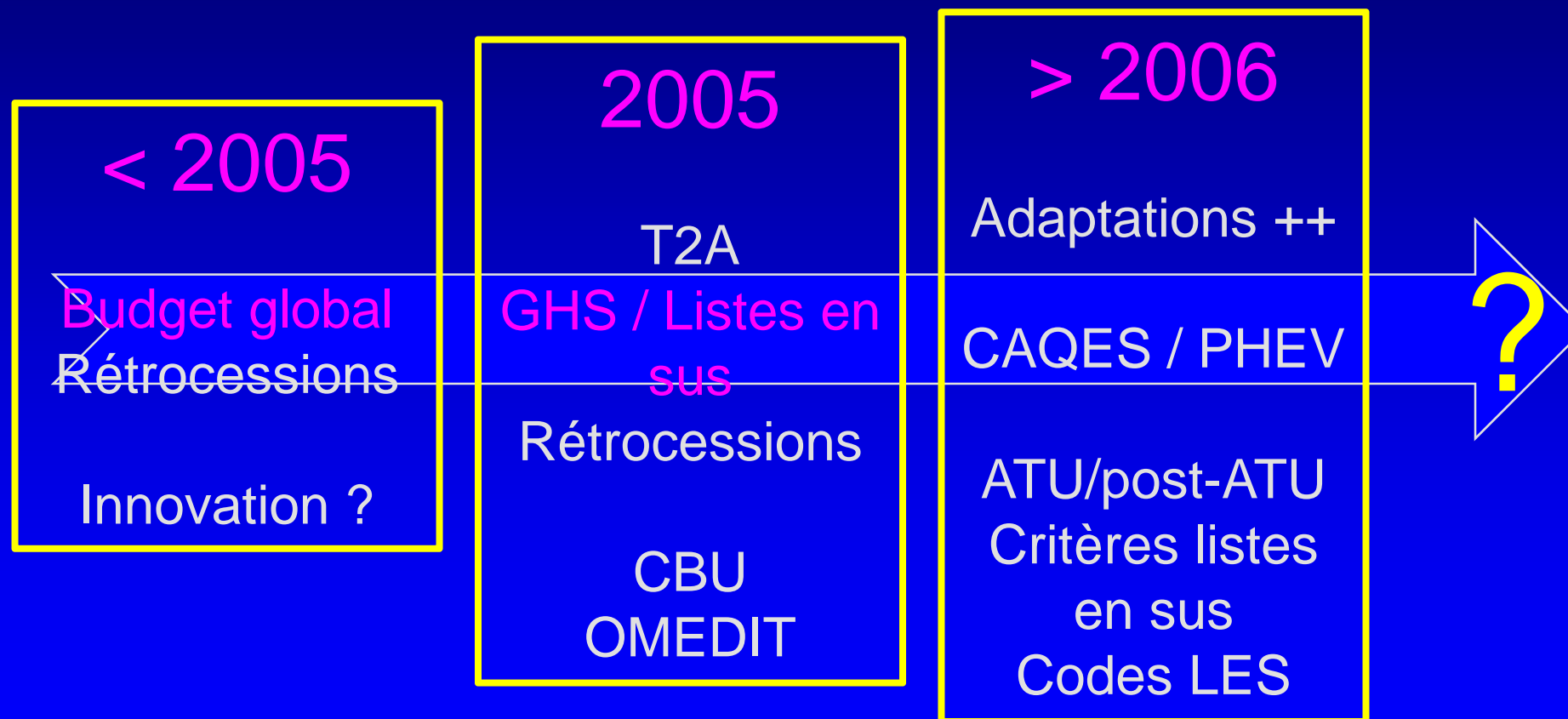
Synthèse

- ⌘ Des dépenses de santé qui augmentent moins vite
- ⌘ Un marché du médicament stagnant
- ⌘ Focus sur le médicament hospitalier
 - ⌘ Impact sur l'économie globale
 - ⌘ Dynamique sur les comptes hospitaliers
- ⌘ Dans un ONDAM fermé...

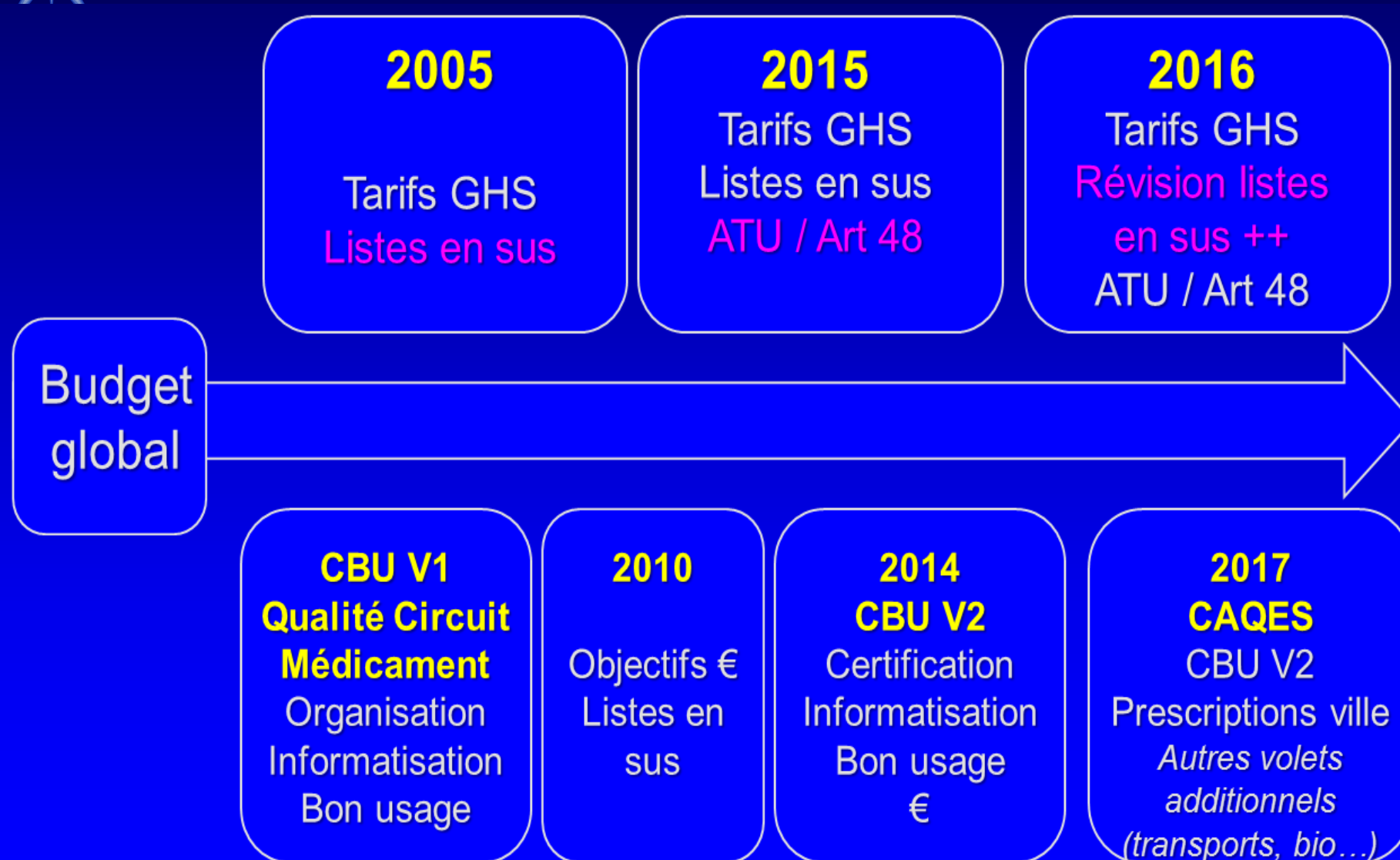


Produits de santé à l'hôpital

Financement Produits de Santé



Contractualisation évolutive



Sanctions listes en sus

Sanctions recettes AM



CAQES : un CBU élargi

Qualité

IPAQSS
Certification
Arrêté 6/4/2011

Informatisation

Prescription
Analyse
Plan de soins

Bon usage

Médicaments
Dispositifs
Médicaux

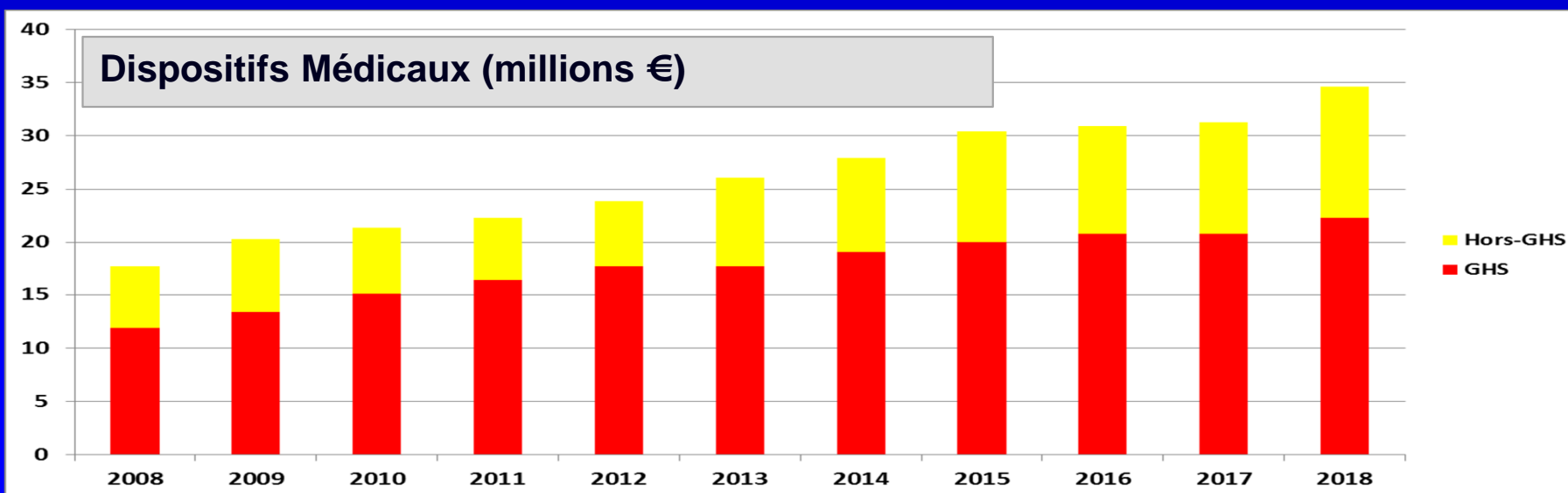
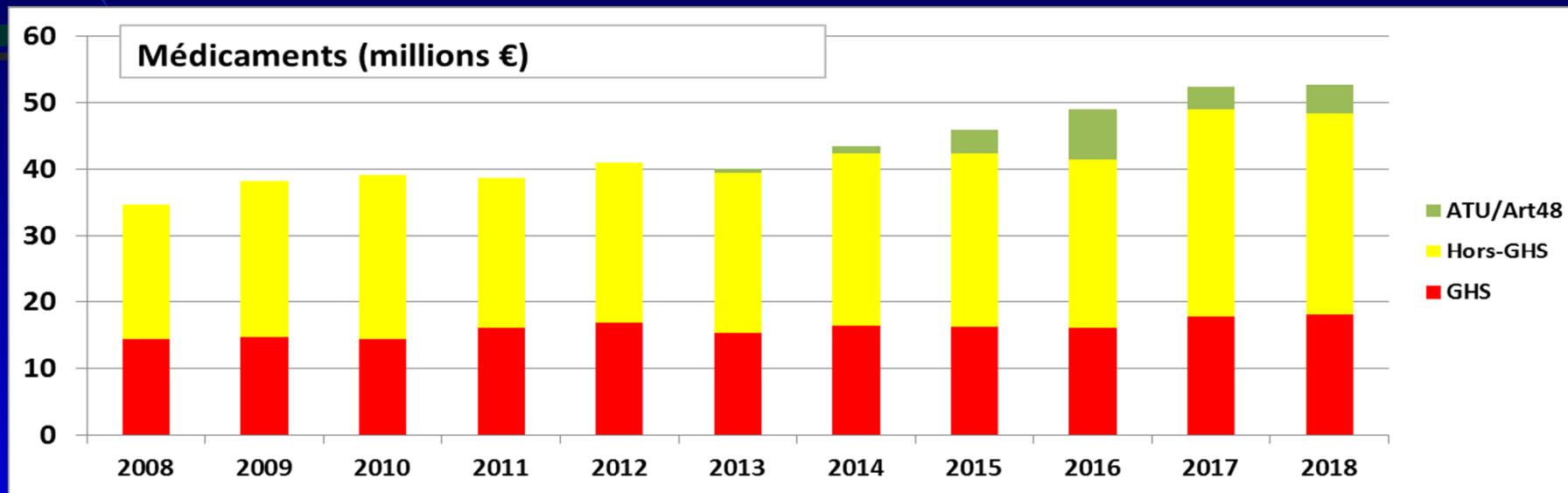
Économique ++

Cibles
régionales
hors-GHS

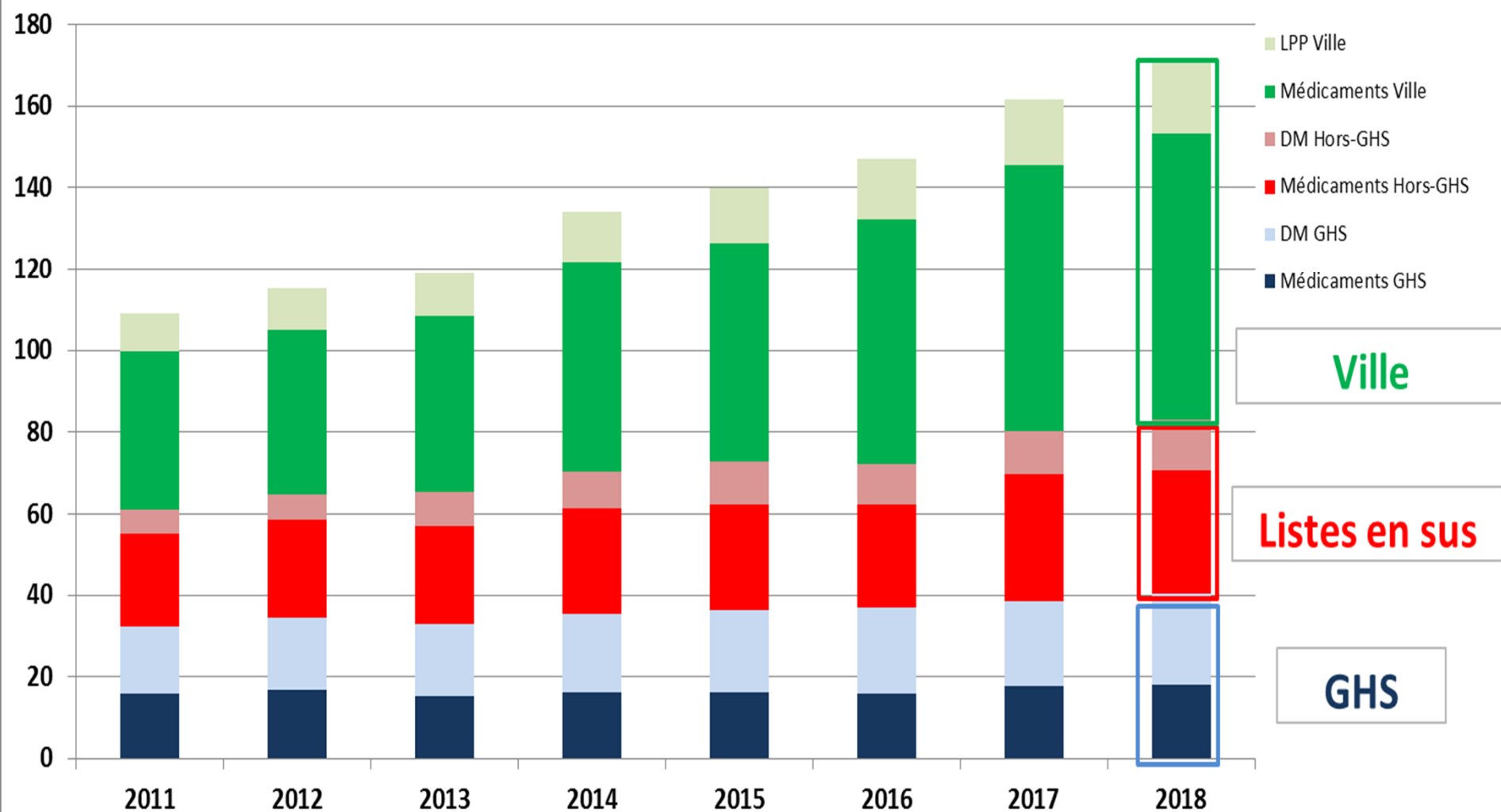
Cibles
régionales
PHEV

Objectifs
Biosimilaires
Génériques

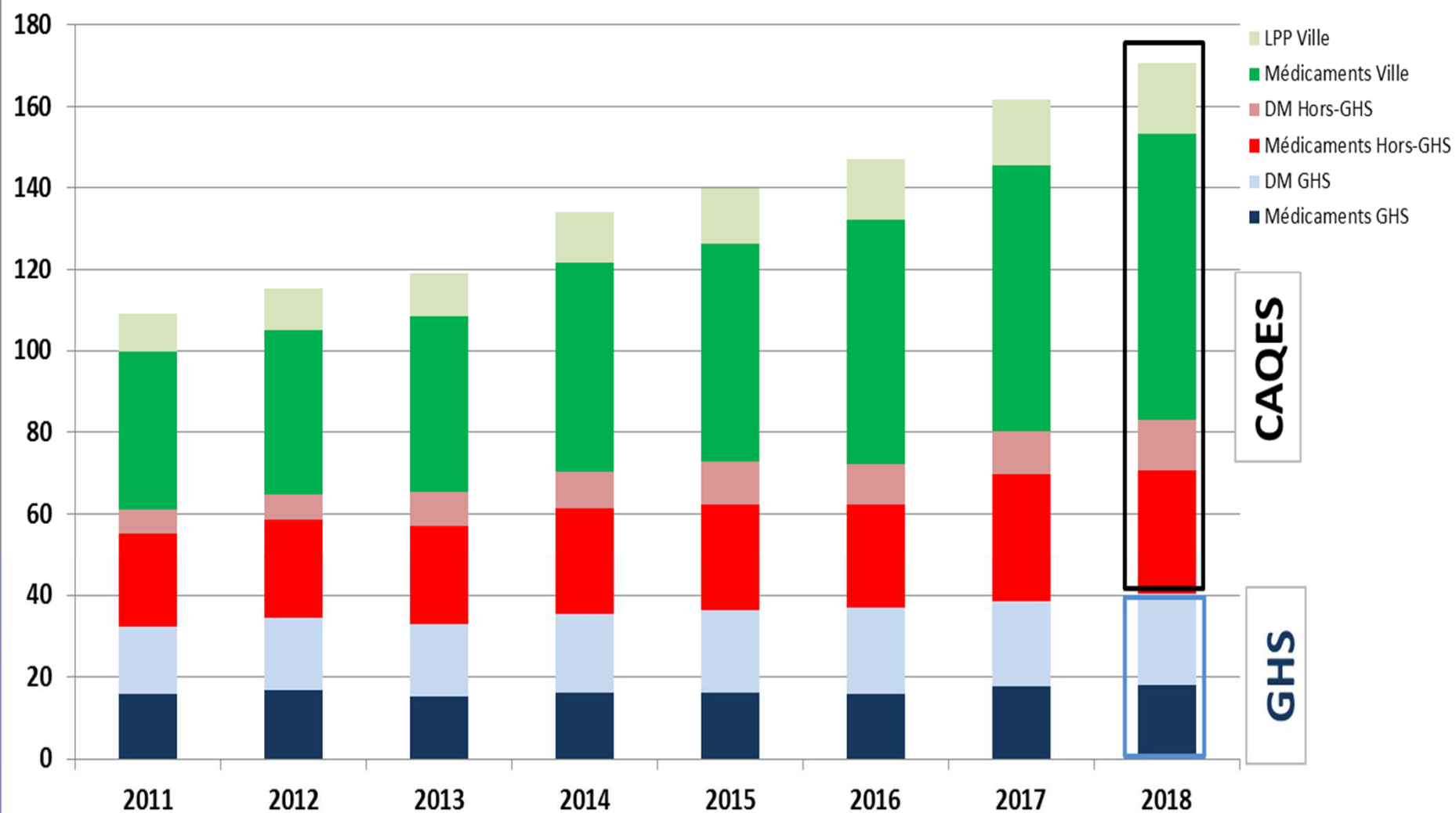
Ex CHUB



Ex CHUB



Ex CHUB





Vers une gestion dynamique

- ⌘ Budget global

- ⌘ Contexte peu favorable

- ⌘ Approche dissociée

- ♦ Activités

- ♦ Soins

- ⌘ % d'évolution....

- ⌘ T2A : cadre de gestion clarifié

- ⌘ Coûts / GHS

- ♦ Thérapeutiques

- ⌘ Objectifs qualitatifs et quantitatifs



Les dépenses pharmaceutiques...

⌘ Hétérogénéité +++

- ⌘ Organisation

- ⌘ Missions

 - 💧 Pharmacien « étiqueté » et surexposé

⌘ Quelques constantes

- ⌘ Directeur des Finances

- ⌘ PUI

- ⌘ Corps médical ?

 - 💧 Démarches individuelles

- ⌘ COMEDIMS ?



Des limites évidentes

- ⌘ Positionnement de la démarche
 - ⌘ Pas d'objectifs clairs, étayés et contractuels
 - ⌘ Le bien / le mal...
 - ⌘ Quel % d'évolution « acceptable » ?
- ⌘ Stigmatisation des services « dépensiers » !
- ⌘ Outils
 - ⌘ Absence de liens / activité médicale
 - ♦ Quantitative, qualitative
 - ⌘ Absence de liens / prescriptions
 - ⌘ Représentativité des pratiques ?
 - ⌘ Bon usage ?



Une approche différente

- ⌘ Médicaments et DMS / activité
 - ⌘ Ne sont plus une conséquence
 - ⌘ Deviennent des outils
- ⌘ Dépenses médicales
 - ⌘ Fin d'un cadre global « virtuel »
 - ⌘ Efficience / médicalisé et ciblé
- ⌘ Approche globale
 - ⌘ Patients, séjour, ressources mobilisées
 - ⌘ Médico-économique > comptable



Principe du GHM

1 patient = 1 séjour (entrée – sortie/décès)

Dans 1 ou plusieurs Unités médicales

1 ou pls **Résumés Unités Médicales (RUM)**

Diagnostic principal du séjour (CIM 10) ?

Diagnostic relié (ex : séance CT / cancer) ?

Diagnostic associés significatifs (facteur complexité) ?

Actes diagnostiques, thérapeutiques... (CCAM) ?

Résumé Standardisé de Sortie (RSS)

Classification dans **1 GHM / GHS**

Logique EPRD



?





Echelle nationale des coûts

- ⌘ ENC = estimer des coûts de référence / GHM

- ⌘ Données n-2

- ⌘ Panel d'hôpitaux (> 3 millions de séjours)

- ⌘ Décomposition du coût

- ⌘ Personnel médical et non médical

- ⌘ Thérapeutiques

- ♦ Médicaments et DMI (dans et hors GHS)

- ♦ PSL

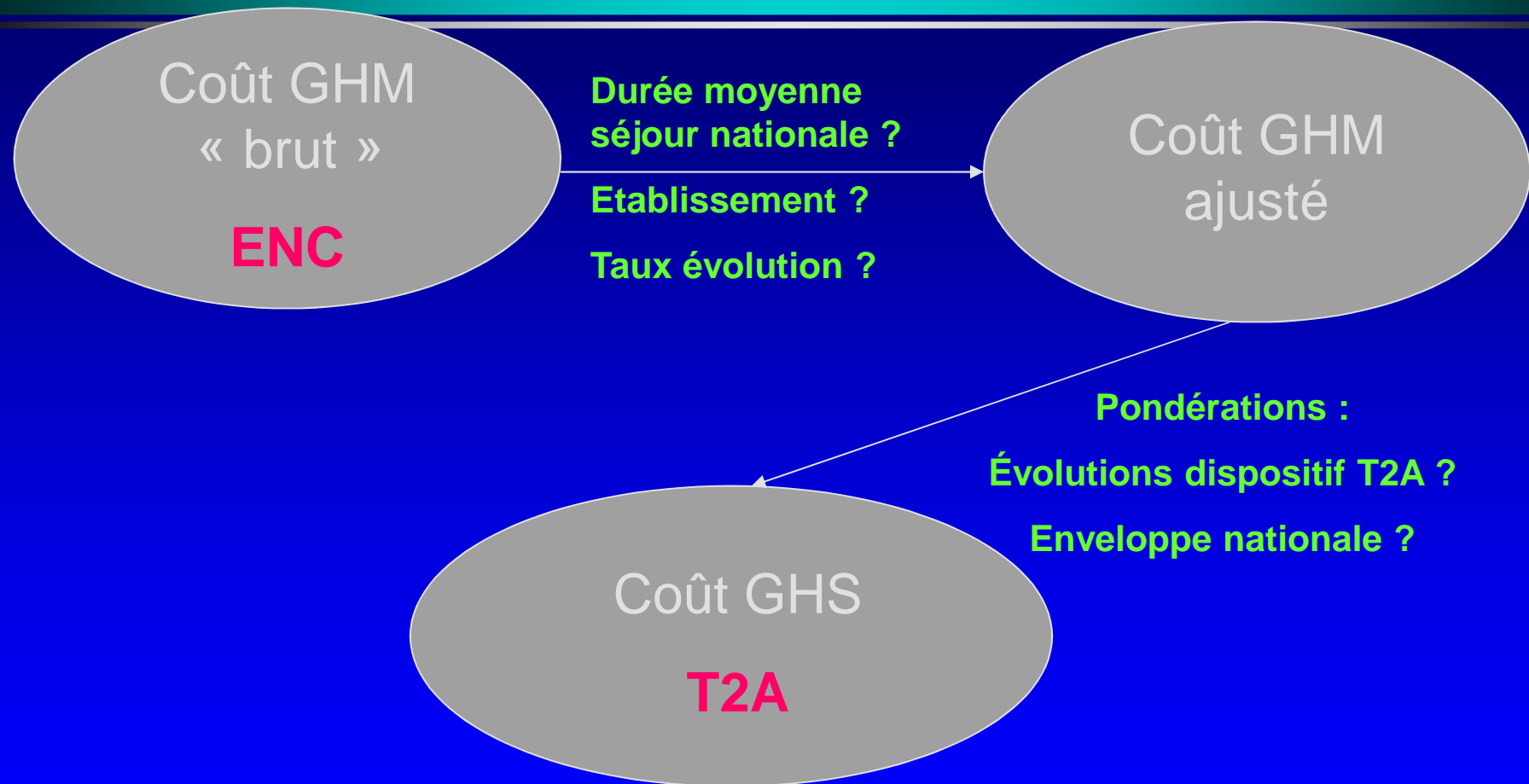
- ⌘ Consommables médicaux

- ⌘ Coûts logistiques

- ⌘ Coûts de structure...

- ⌘ <http://www.atih.sante.fr/.....>

De l'ENC (rétrospective) au GHS tarifiant



Base de travail & réflexion +++

Exemple ENC

Analyse GHM 05K054 = Endoprothèses vasculaires avec infarctus du myocarde, niveau 4
Coût moyen d'un séjour

	2015	2016	Évolution 2015 - 2016
Coût moyen du séjour (en €)	21 282	18 770	-11,8%
Nombre de séjours ENC	303	304	0,3%
Intervalle de confiance borne basse (en €)	20 036	18 267	
Intervalle de confiance borne haute (en €)	22 528	19 273	
Indicateur de fiabilité de la mesure du coût	BON	BON	

Détail des postes de charges

Poste de charges	Coût moyen en 2016 (en €)	Poids dans le coût du GHM	Évolution du coût 2015 - 2016
Activités cliniques (hors Réa, SI, SC)	1 694	9,0%	1,1%
Activité de réanimation	5 226	27,8%	-16,2%
Activité de soins intensifs	2 018	10,8%	-15,5%
Activité de surveillance continue	253	1,3%	-39,0%
Activités médico-techniques	2 579	13,7%	-8,4%
Logistique et gestion générale	2 280	12,1%	-5,3%
Charges directes	4 176	22,2%	-11,4%

Charges directes	Coût moyen en 2016 (en €)	Part des postes détaillés dans chaque sous poste
Autres consommables médicaux	1 690	40,5%
DMI facturables en sus des prestations d'hospitalisation	1 244	29,8%
Spécialités pharmaceutiques non facturables en sus	543	13,0%
Produits sanguins labiles	308	7,4%
Total	3 785	90,6%



Un nouveau suivi des dépenses

- ⌘ La fin du « budget médicament » ?
- ⌘ Rechercher des GHS cibles
 - ⌘ Volume, criticité
- ⌘ Ouvrir une réflexion
 - ⌘ Investissement / rentrées
- ⌘ Indicateurs / contractualisation
- ⌘ Possibilité d'élargir le débat
 - ⌘ Produits de santé / le reste...
 - ⌘ Optimiser la cotation !



Monde « réel » vs GHS ?

	LAM induction (n=30)		
	Coût « réel »	Approche PMSI	<i>p</i>
Hospitalisation	42 813	23 738	10^{-4}
Médicaments	9 023	679	10^{-4}
Transfusions	8 372	1 610	10^{-4}
Chimiothérapie	1 040	451	10^{-4}
Total (euros)	61 248	26 478	10^{-4}

Fagnoni et al, Bull Cancer 2006



Quelle perspective ?

	FOLFOX Standard (n=26)	FOLFOX Modifié (n=35)	<i>p</i>
Hospitalisation			
Comptabilité analytique	4 246	2 945	0,0001
GHS	10 829	5 560	$<10^{-4}$
Chimiothérapie	6 138	6 385	NS
DMS	796	580	0,03
Soins à domicile	122	144	NS
Transports	1 498	862	$<10^{-3}$
TOTAL (euros 2004)			
Comptabilité analytique	13 006	11 009	0,04
GHS	19 321	13 339	$<10^{-3}$

Limat et al, Eur J Health Econ 2006

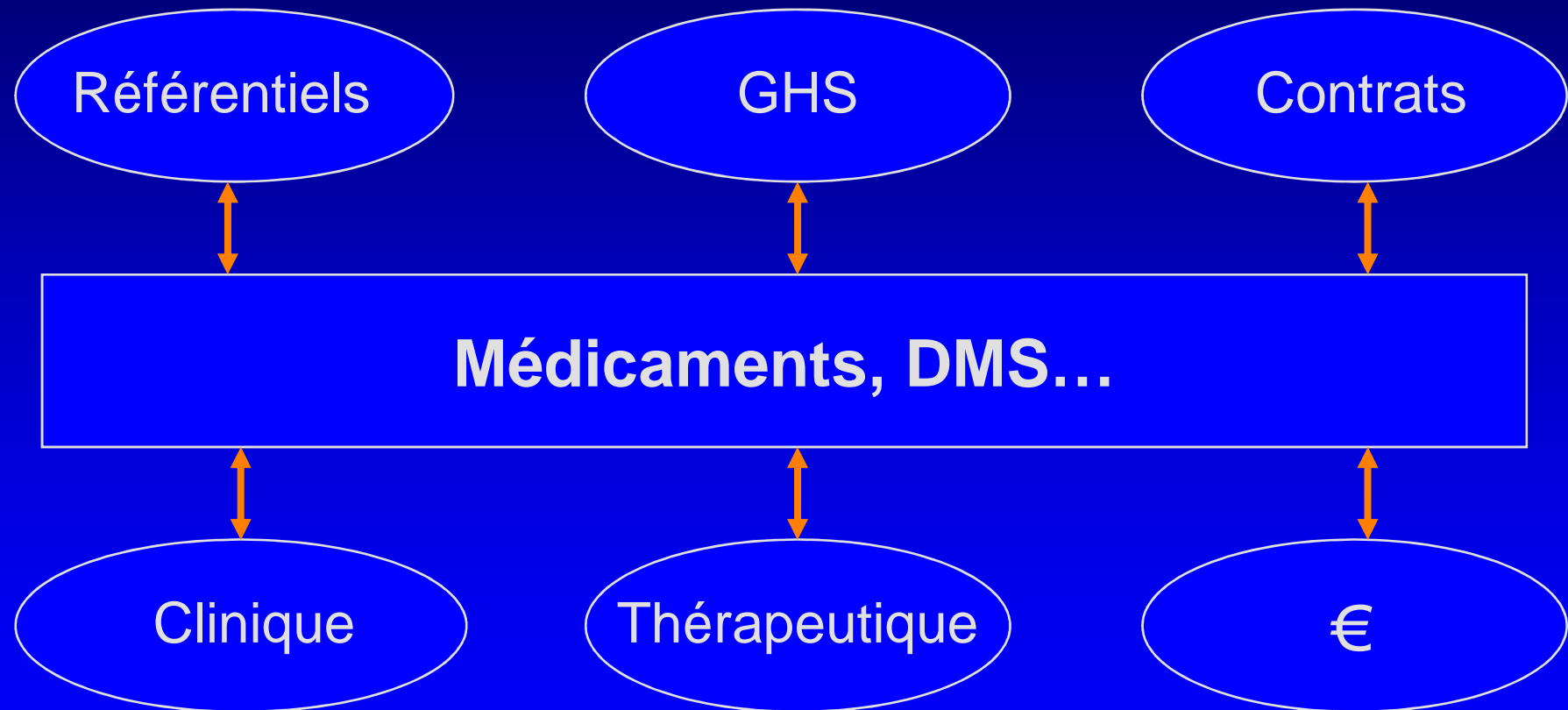
Ex du cancer du sein

Table IV. Cost minimisation analysis.

Costs (€)	Bevacizumab plus docetaxel regimen (n=35)	Bevacizumab plus paclitaxel regimen (n=48)	p-value
Mean±standard deviation			
Median (range)			
Drugs	44,848±31,188 36,002 (11,025-134,498)	48,914±44,258 34,488 (8,337-288,141)	0.81
Hospitalization for Chemotherapy administration	6,605±3,748 5,209 (2,003-15,627)	9,533±5,263 8,414 (2,404-30,452)	0.003
Serious adverse events management	718±1,914 0 (0-7,827)	275±1,357 0 (0-7,827)	0.12
Healthcare travel	922±700 777 (107-3,303)	1,473±1,123 1,156 (237-5,290)	0.02
Total cost	53,093±34,395 45,429 (13,664-148,629)	60,196±48,766 42,811 (11,829-312,009)	
Difference of		€7,103	
Sensitivity analysis	53,136±5,803 52,934 (34,141-74,666)	60,288±7,030 59,744 (41,482-97,839)	<0.0001
Difference of		€7,152	

Nerich et al, Anticancer Res 2012

Enjeux des Systèmes d'information



Généraliser l'évaluation : notion d'INFOCENTRE



Pharmacie & PMSI ?

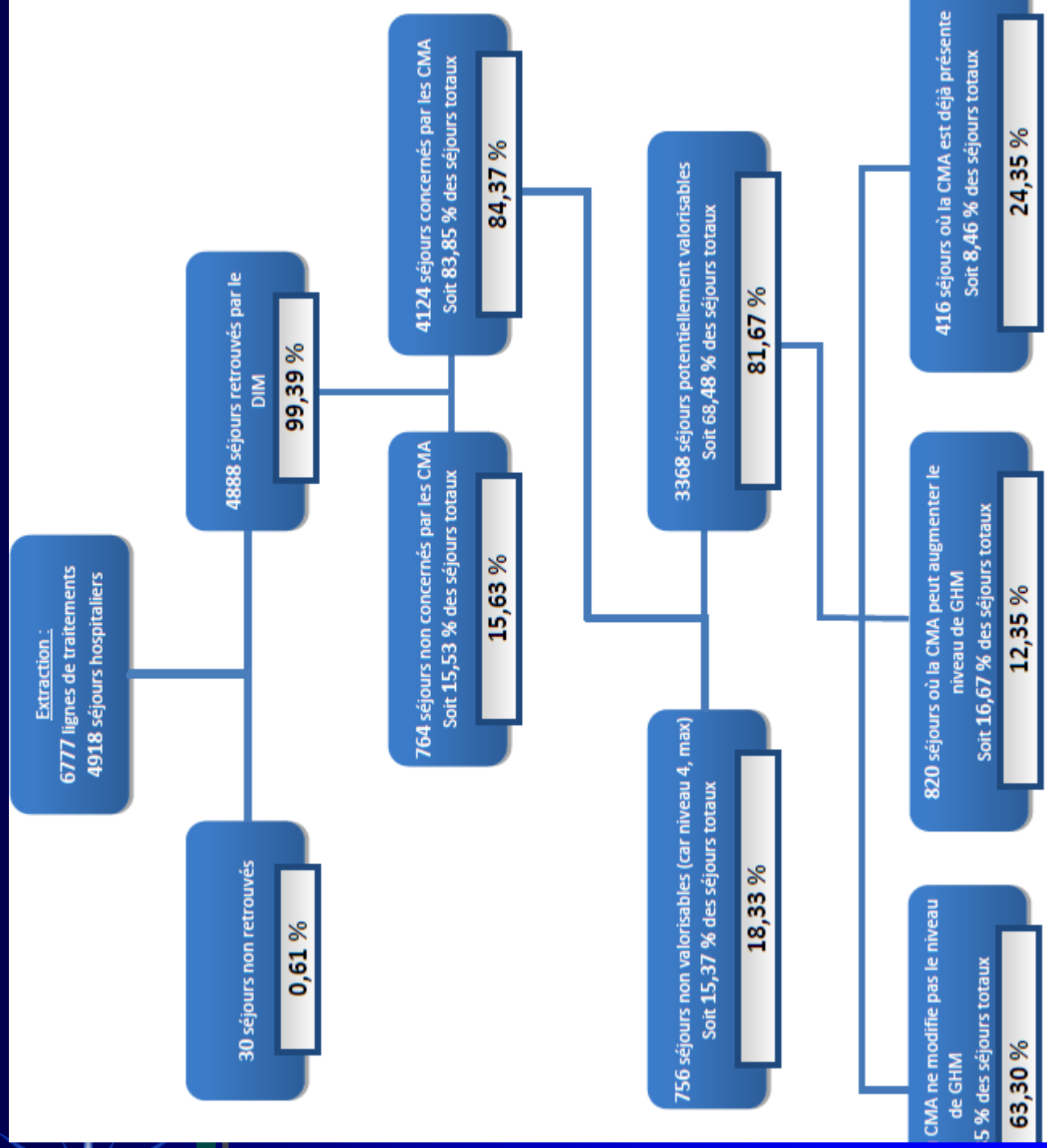
❑ Comment objectiver la cotation des actes PMSI grâce à la pharmacie

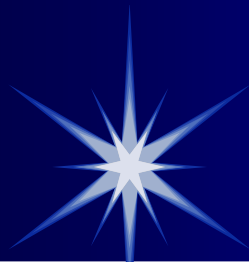
- Etude qualitative : comparaison données pharmacie / département d'information médicale
- Etude économique : gains financiers
- Etude de cas / revue de dossier
 - Echantillon de séjours

❑ Base de travail

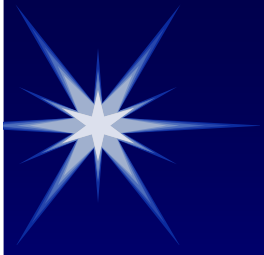
- Liste de médicaments de grade I = spécifique d'une indication
- Création de 2 référentiels
 - Liste des médicaments / ATC
 - Liste des comorbidités / médicaments

❑ Extraction des données





Niveau Théorique / Niveau Observable	2	3	4	Total Séjours Total euros
1	412 821 117 €	2 5 408 €	0 0 €	414 826 525 €
2	-	93 184 995 €	1 3 960 €	94 188 955 €
3	-	-	58 213 992 €	58 213 992 €
Total Séjours Total Euros	412 821 117 €	95 190 403 €	59 217 952 €	566 1 229 472 €



Des outils d'accès à l'innovation

Des dispositifs évolutifs

1994

AGENCE FRANÇAISE DE SÉCURITÉ SANITAIRE
PRODUITS DE SANTÉ

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
DEMANDE D'AUTORISATION TEMPORAIRE
D'UTILISATION NOMINATIVE D'UN MÉDICAMENT

Code de la Santé publique Art. L. 5121-12, Art. R. 5142-53. Ce formulaire peut être rempli à l'écras, intégrant l'acte

N° 1032

A remplir par le Pharmacien hospitalier

Date de la demande

Renouvellement d'ATU ? ☐ Oui ☐ Non

☐ Oui N° ATU précédente

IMPRIMER À FAXER OU ENVOYER À :

AGENCE FRANÇAISE DE SÉCURITÉ SANITAIRE
DES PRODUITS DE SANTÉ
Unité ATU
143-147 bd Anatole France
93286 Saint Denis Cedex
FAX: 01 55 67 36 12
TEL: 01 55 67 36 11 / 36 13

AGENCE FRANÇAISE DE SÉCURITÉ SANITAIRE
DES PRODUITS DE SANTÉ
Unité ATU
143-147 bd Anatole France
93286 Saint Denis Cedex
FAX: 01 55 67 36 12
TEL: 01 55 67 36 11 / 36 13

A remplir par le Médecin prescripteur

Médicament concerné		Patient bénéficiaire		Sexe	F	M
Nom ou CCI ou Code (en majuscules)	Forme	Nom (3 prénoms)	Age			
Usage	Posologie	Durée du traitement	Préciser (2 prénoms, initiales)			

Cachet de la Pharmacie d'Établissement

2005

**Contrat de Bon Usage des Médicaments et
des Produits et Prestations**

Agence Régionale de l'Hospitalisation de
Franche-Comté,
Assurance Maladie
et
Centre Hospitalier Universitaire de Besançon

Contrat de 5 ans

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

afssaps
Agence française de sécurité sanitaire
des produits de santé

Protocole temporaire de traitement
Trastuzumab (Herceptin®) en situation adjuvante

2011

« Art. L. 5121-12-1. – I. – Une spécialité pharmaceutique peut faire l'objet d'une prescription non conforme à son autorisation de mise sur le marché en l'absence d'alternative médicamenteuse appropriée disposant d'une autorisation de mise sur le marché ou d'une autorisation temporaire d'utilisation, sous réserve :

« 1° Que l'indication ou les conditions d'utilisation considérées aient fait l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation établie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, cette recommandation ne pouvant excéder trois ans ;

30 décembre 2011 JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE Texte 1 sur 170

« 2° Ou que le prescripteur juge indispensable, au regard des données acquises de la science, le recours à cette spécialité pour améliorer ou stabiliser l'état clinique du patient.

« II. – Les recommandations temporaires d'utilisation mentionnées au I sont mises à disposition des prescripteurs.

« III. – Le prescripteur informe le patient que la prescription de la spécialité pharmaceutique n'est pas conforme à son autorisation de mise sur le marché, de l'absence d'alternative médicamenteuse appropriée, des risques encourus et des contraintes et des bénéfices susceptibles d'être apportés par le médicament et porte sur l'ordonnance la mention : "Prescription hors autorisation de mise sur le marché".

« Il informe le patient sur les conditions de prise en charge, par l'assurance maladie, de la spécialité pharmaceutique prescrite.

« Il motive sa prescription dans le dossier médical du patient.

**Décret n°2005-1023 du 24 août 2005 relatif au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations
mentionné à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale (troisième partie : Décrets)**



Des dispositifs évolutifs

2014

Post-ATU

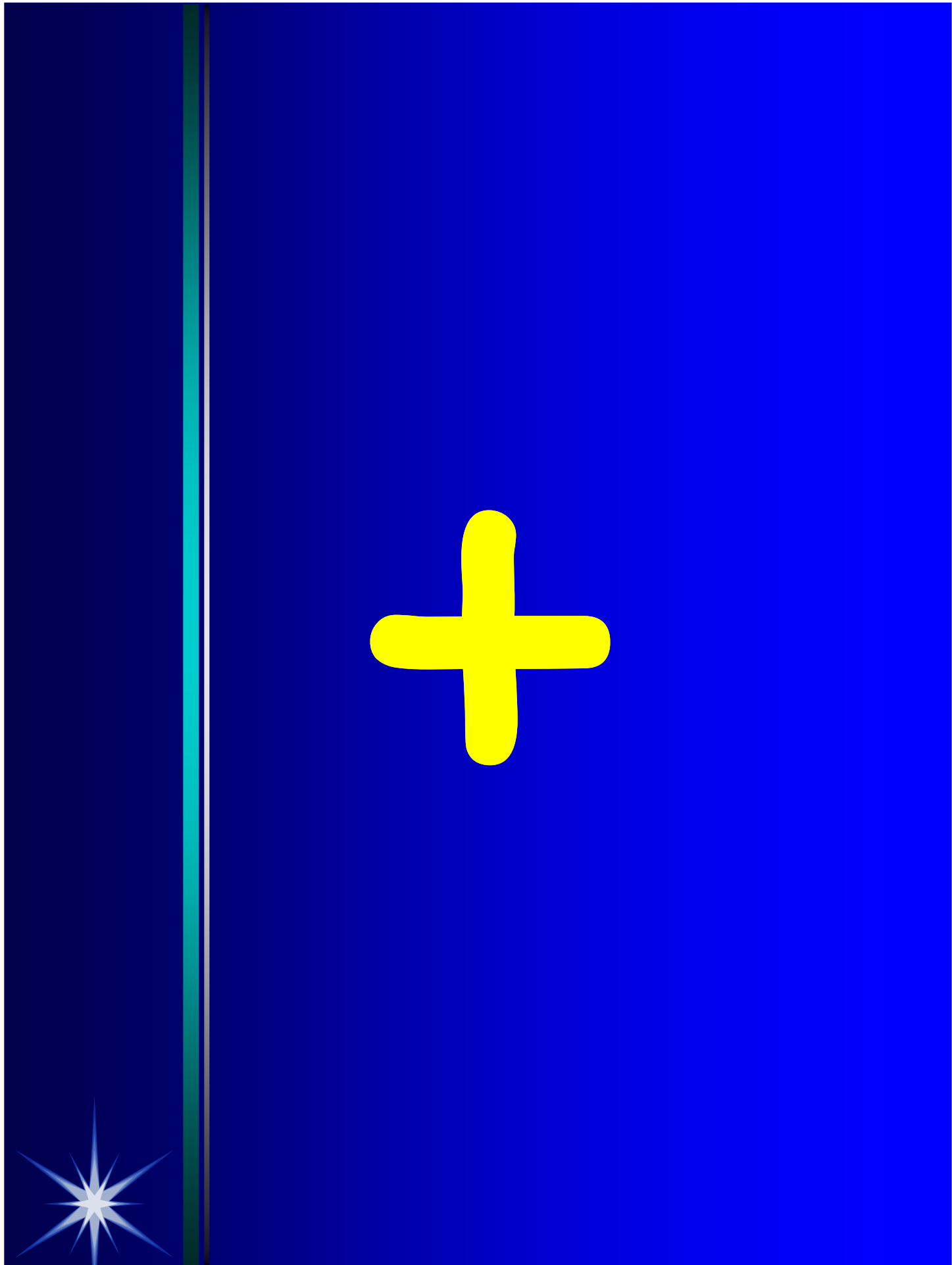
2016

CAQES
« CBU V2 »
+ voies orales
+ BioS

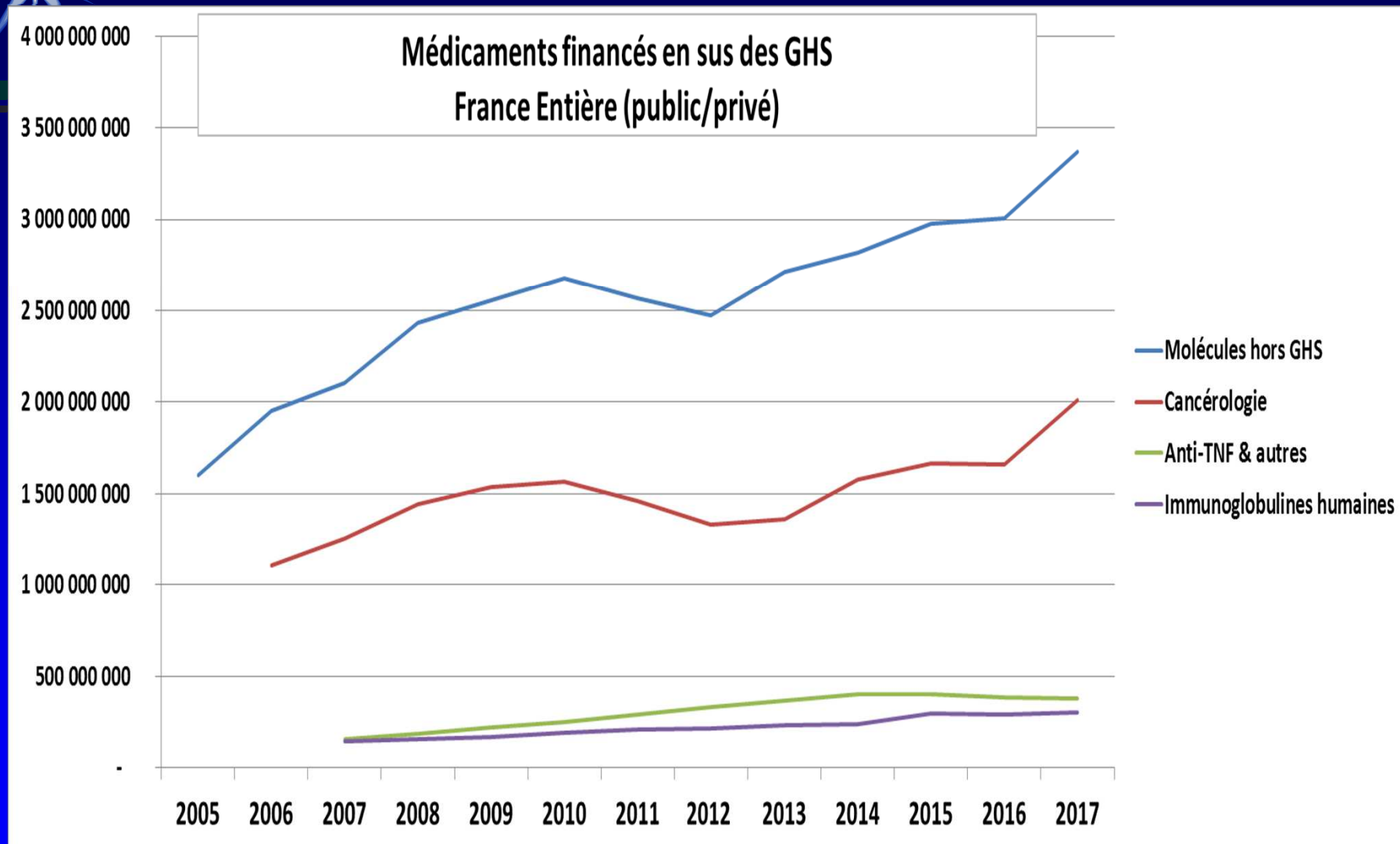
2019

Réforme
ATU



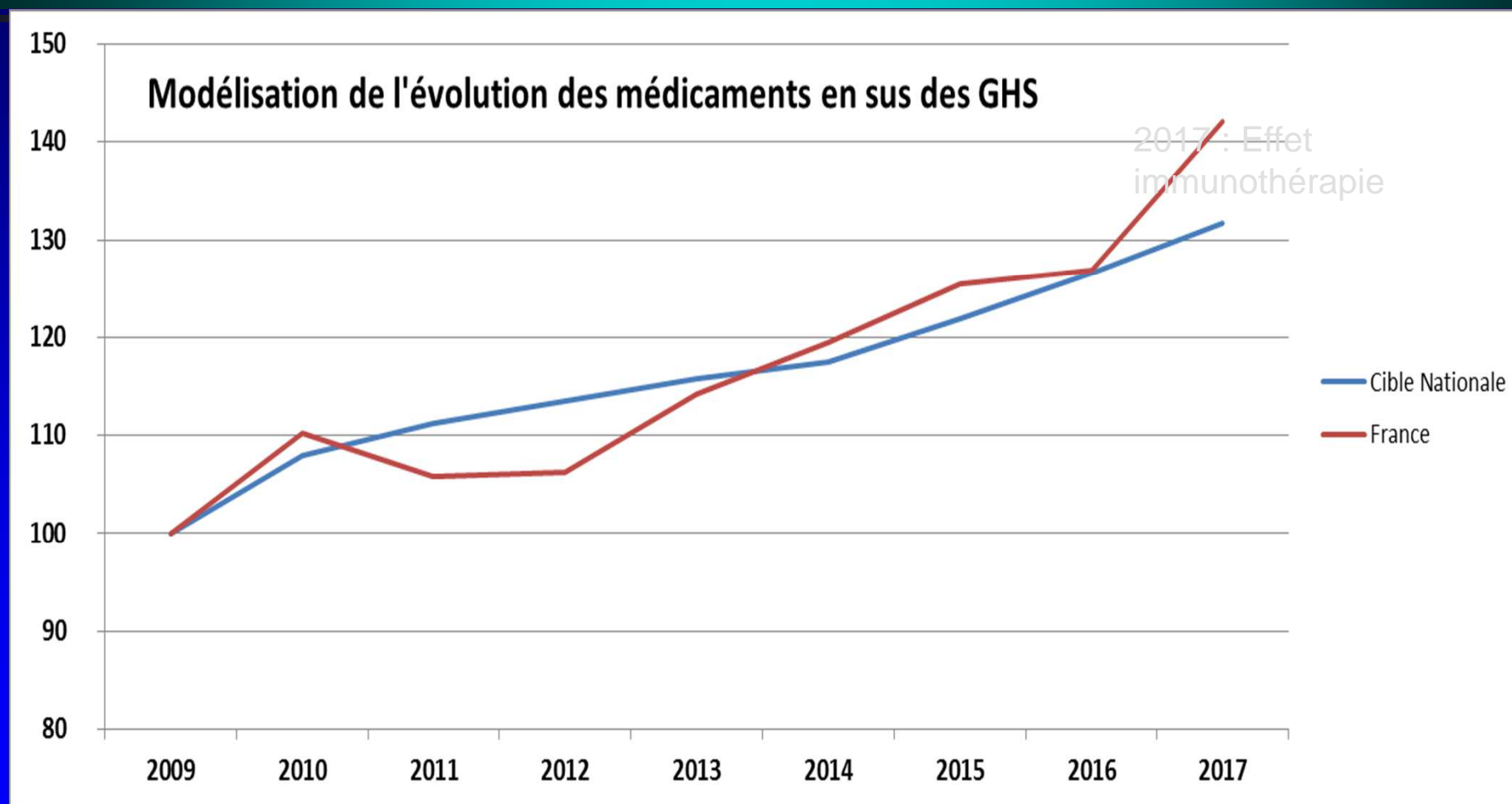


Une décennie d'innovation



Source données ATIH, analyse S Limat

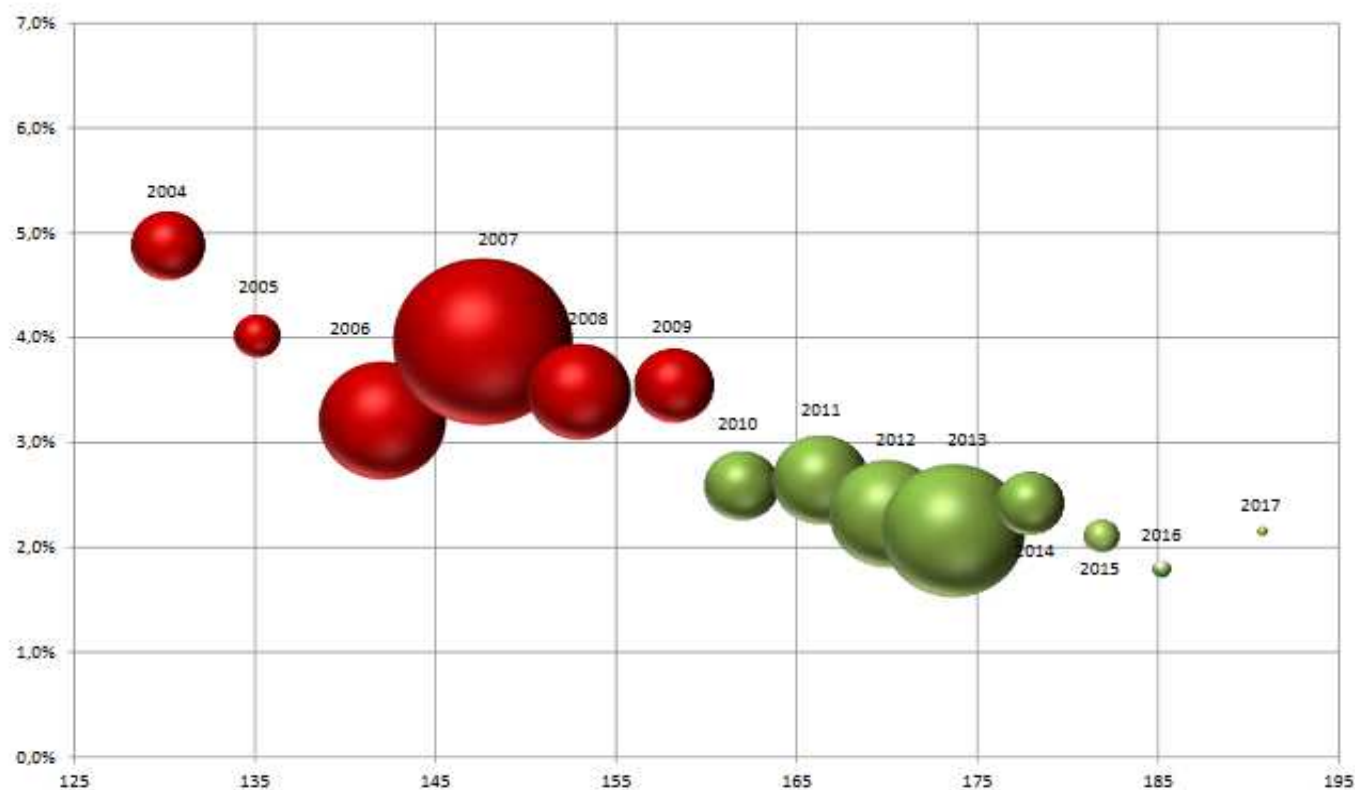
Inflationniste ?



Source données ScanSante, analyse S Limat

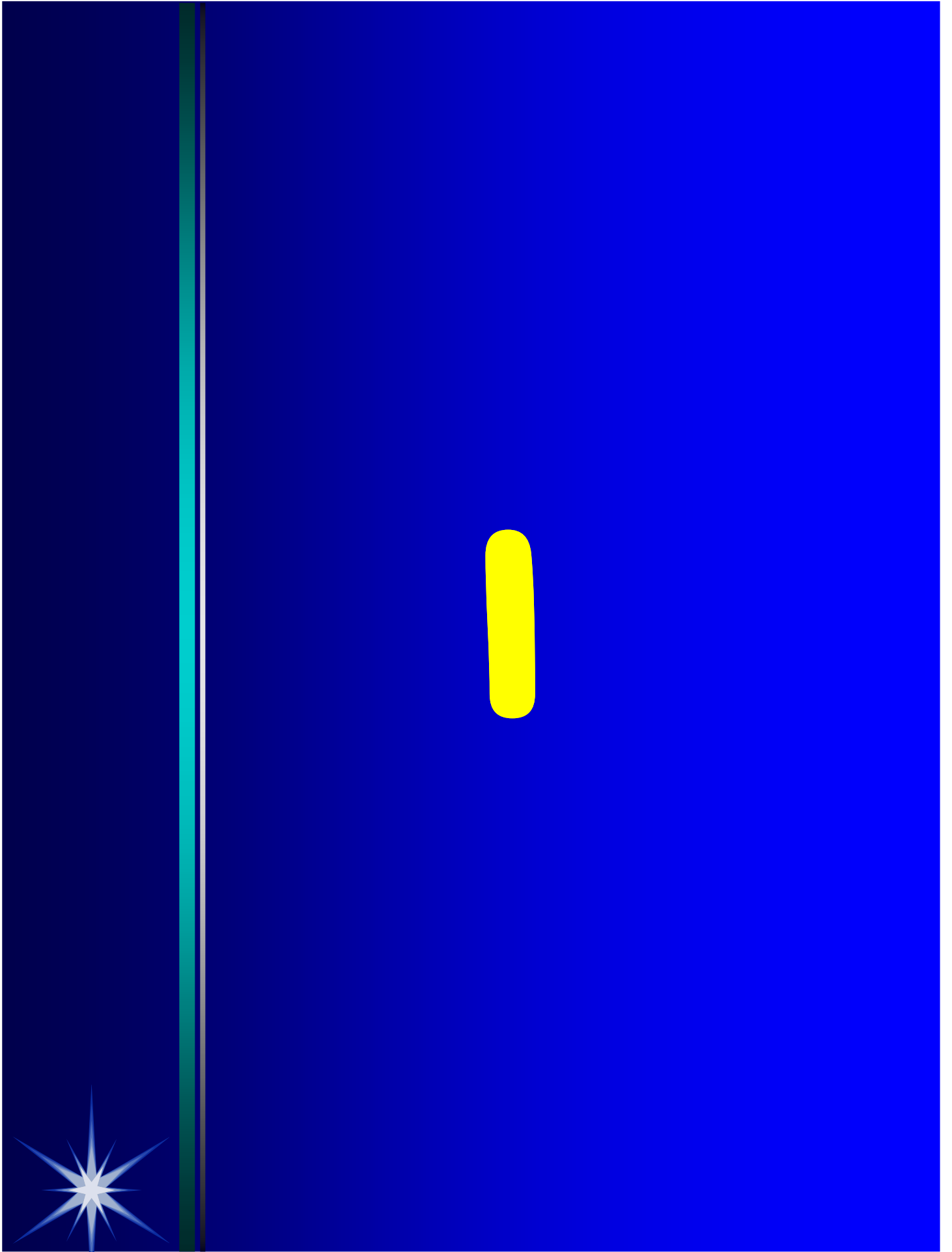
Inflationniste ?

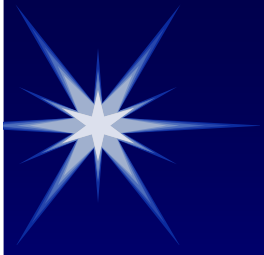
Graphique I.1.1 • Niveaux et dépassements de l'ONDAM depuis 2004



Note de lecture : en abscisses figure le niveau de dépenses constaté en milliards d'euro et en ordonnées le taux d'évolution associé ; la taille de la bulle représente l'ampleur du dépassement (en rouge) ou de la sous-exécution (en vert). Ainsi, en 2016, les dépenses totales dans le champ de l'ONDAM (cf. graphique 1) ont atteint 185,1 Md€, soit une évolution à périmètre constant de 1,8%

Source PLFSS 2018

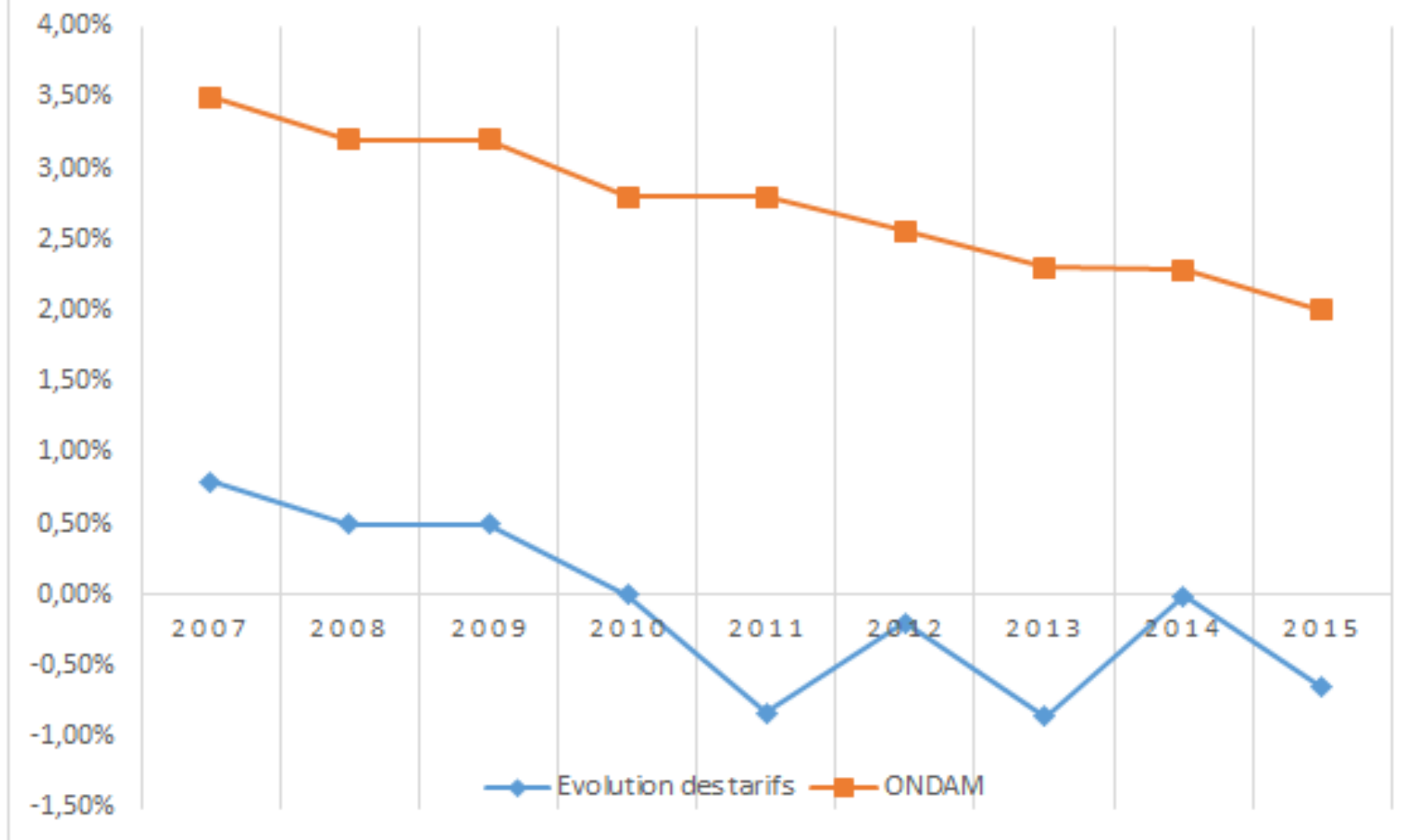




Limites méthodologiques

- ⌘ Disparités régionales
 - ⌘ Approche
 - ⌘ Pratiques ?
- ⌘ Référentiels de bon usage
 - ⌘ Temps scientifique accéléré
 - ⌘ PTT ? RTU ?
 - ⌘ Hors référentiel
- ⌘ Dispositif « passe partout »
 - ⌘ Absence d'individualisation

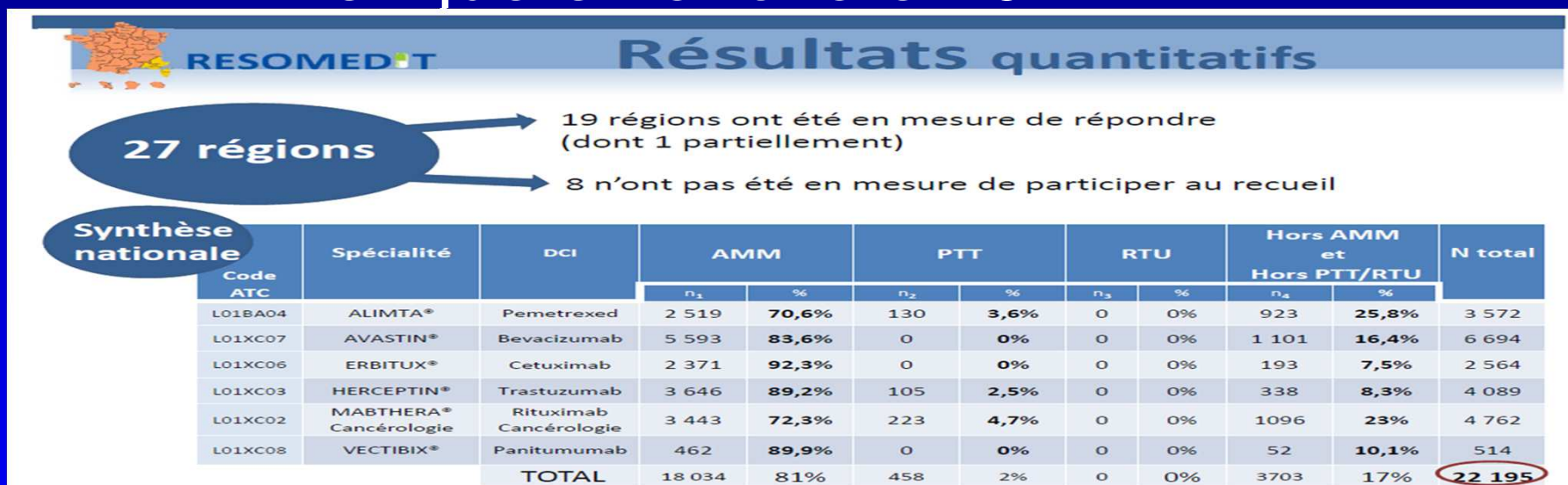
L'innovation a un coût



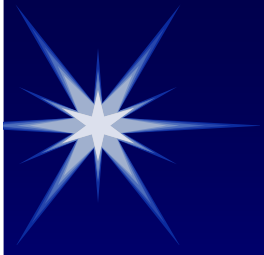
Rapport FHF – Produits de Santé à l'hôpital

Données de vie réelle ?

- ⌘ Tentative e@omedit
- ⌘ REX enquête nationale 2014



- ⌘ Absence de données structurées
- ⌘ Niveau de respect des référentiels ?



Des outils de régulation

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Décret n° 2016-349 du 24 mars 2016 relatif à la procédure et aux conditions d'inscription des spécialités pharmaceutiques sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale

- ⌘ Par indication AMM
- ⌘ Usage attendu : hospitalier +++
- ⌘ Niveau SMR
- ⌘ Niveau ASMR
- ⌘ Coût M > 30% GHS
- ⌘ En résumé (qq facteurs ajustements)
 - ⌘ ASMR I,II,III : « favorable »
 - ⌘ ASMR IV : a priori NON
 - ⌘ ASMR V : NON

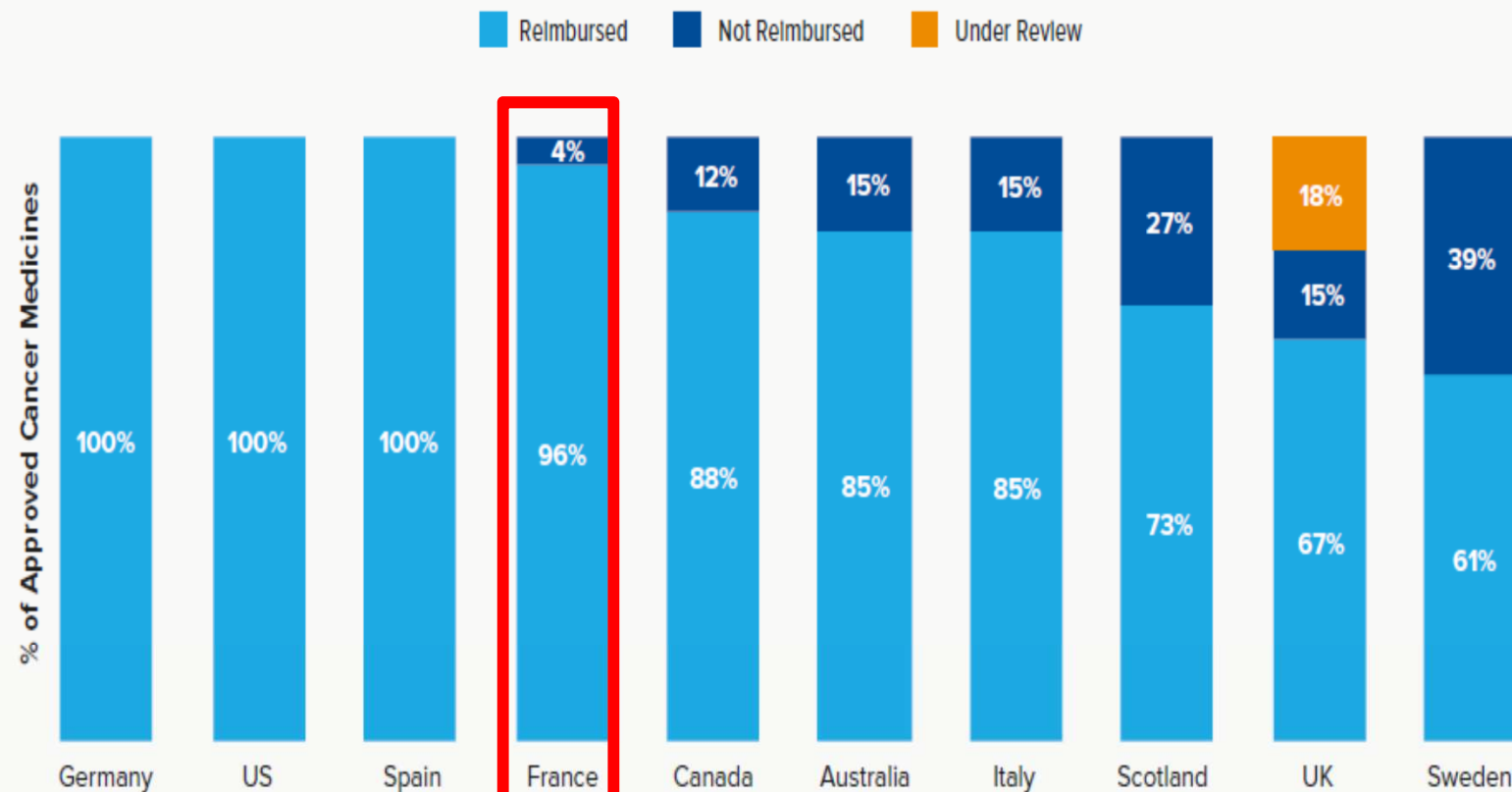
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Décret n° 2016-349 du 24 mars 2016 relatif à la procédure et aux conditions d'inscription des spécialités pharmaceutiques sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale

Situation	Nombre de cas, n	Nombre de cycles, n	Coût en k€
ASMR I	718 (10,25%)	3 516 (7,46 %)	5 660 (6,90%)
ASMR II	349 (4,98%)	2 577 (5,47%)	5 923 (7,22%)
ASMR III	1 274 (18,18%)	8 324 (17,66%)	18 474 (22,52%)
ASMR IV	1 402 (20,01%)	12 285 (26,06%)	16 732 (20,38%)
Comparateur « en sus »	1 061 (15,14%)	8 995 (19,08%)	12 420 (15,14%)
Comparateur « GHS »	305 (4,36%)	2971 (6,30%)	3 931 (4,78%)
Absence comparateur	36 (0,51%)	319 (0,68%)	381 (0,46%)
ASMR V	2 345 (33,47%)	15 937 (33,81%)	26 227 (31,97%)
Comparateur « en sus »	2 105 (30,04%)	15 229 (32,31%)	23 588 (28,75%)
Comparateur « GHS »	240 (3,43%)	708 (1,50%)	2 639 (3,22%)

Données Franche-Comté 2014-2016, C Pourcelot & S Limat (n=7 006)

Remboursement en 2016 des 42 nouveaux médicaments approuvés entre 2011-2015



Source: National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (England), Scottish Medicines Consortium (SMC) (Scotland), The Dental and Pharmaceutical Benets Agency (TLV) (Sweden), Canadian Agency for Drugs and Technologies In Health (Canada), Pharmaceutical Benets Scheme (PBS) (Australia), Federal Joint Committee (Germany), National Comprehensive Cancer Network Guidelines (U.S.); QuintilesIMS Institute, Apr 2017

Données X Armoiry, HCL

Plusieurs référentiels

⌘ Scientifique

THE NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

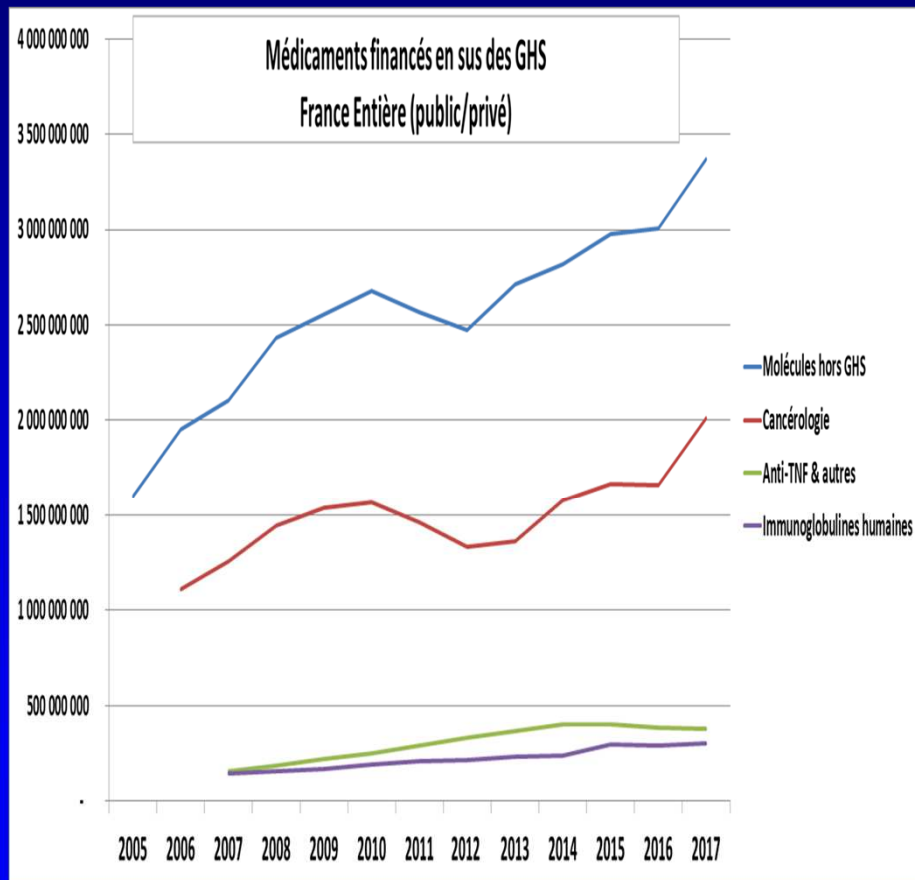
⌘ Sanitaire



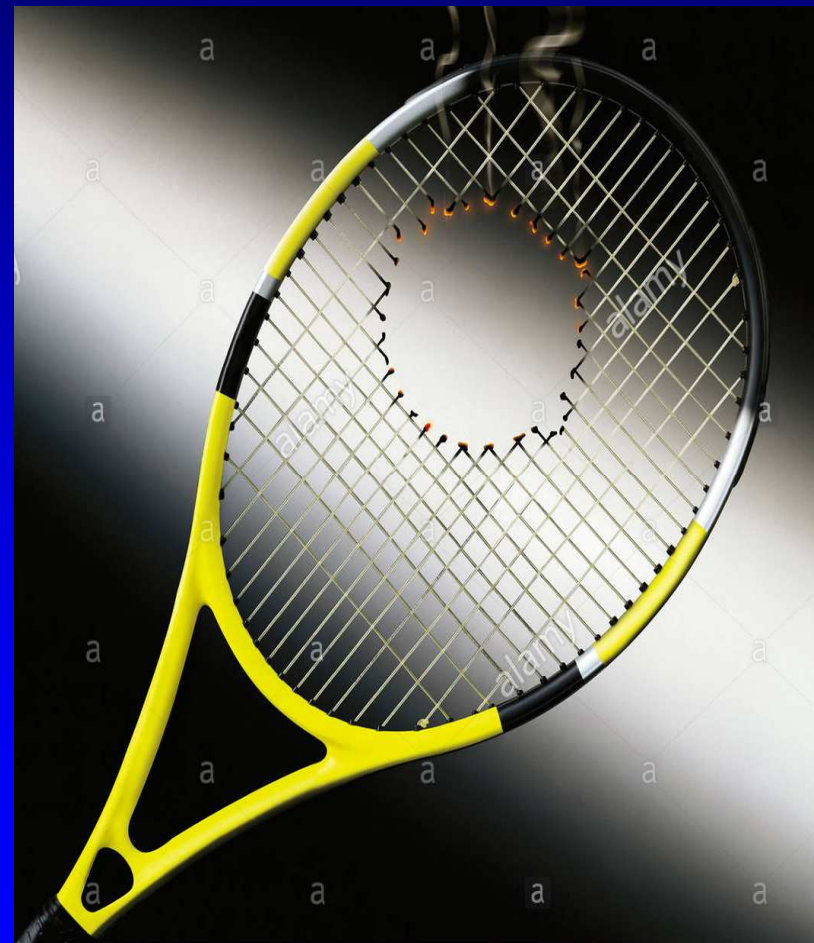
⌘ Assurantiel



Accès à l'innovation ?



Source données ATIH, analyse S Limat

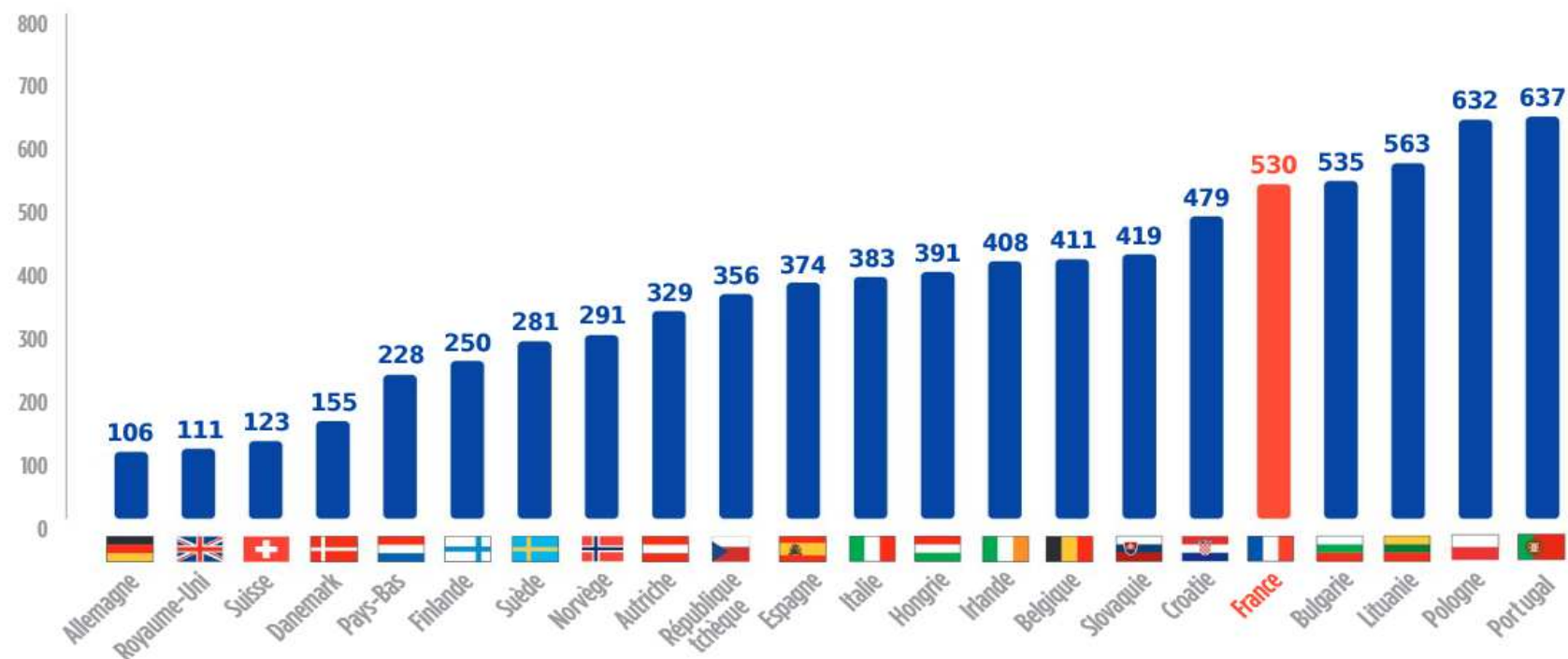


Accès à l'innovation ?

DÉLAIS MOYENS D'ACCÈS AU MARCHÉ*

(prix et remboursement en nombre de jours. Ne tient pas compte des produits ayant été sous ATU/post-ATU)

Source : Patients W.A.I.T. Indicator – EFPIA** – Avril 2018



* Nouvelles entités chimiques ayant obtenu une première autorisation de mise sur le marché entre 2014 et 2016 ; évaluation du délai moyen entre l'obtention de l'AMM et la commercialisation.

** EFPIA : European Federation of Pharmaceuticals Industry and Associations.



MA SANTÉ 2022 UN ENGAGEMENT COLLECTIF

DOSSIER DE PRESSE

18/09/2018



MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ



FAVORISER LA QUALITÉ ET REPLACER LE PATIENT AU CŒUR DU SOIN

Améliorer la qualité, c'est assurer au patient qu'il obtient le bon soin pour le bon problème de santé. Cela implique de garantir la sécurité, l'efficacité, l'équité, l'accès et la continuité des soins, tout en veillant à ce que les patients soient impliqués dans leur parcours de soins.

Pour favoriser la qualité, Ma Santé 2022 propose d'aller davantage vers une logique de parcours de soins plutôt que de soins isolés. Cela implique de mieux coordonner les actions des différents acteurs du système de santé, de renforcer la coopération entre les professionnels de santé, et de garantir l'accès aux soins pour tous.

Anticiper la qualité et la pertinence des prises en charge

Des parcours de soins pour l'insuffisance cardiaque et l'asthme ont été lancés en 2015, afin de garantir la qualité et la pertinence des prises en charge.

Ces parcours de soins ont permis de mieux coordonner les actions des différents acteurs du système de santé, de renforcer la coopération entre les professionnels de santé, et de garantir l'accès aux soins pour tous.

Ma Santé 2022 propose d'aller davantage vers une logique de parcours de soins plutôt que de soins isolés. Cela implique de mieux coordonner les actions des différents acteurs du système de santé, de renforcer la coopération entre les professionnels de santé, et de garantir l'accès aux soins pour tous.

Mesure systématique d'indicateurs d'efficacité clinique et d'expérience patient sur les 10 parcours présentant le plus d'impact en santé publique et d'impact des résultats

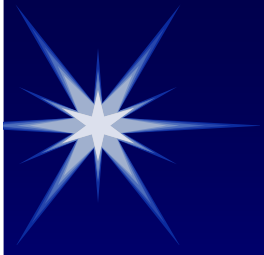
La France est l'un des rares pays européens à mesurer systématiquement l'efficacité clinique et l'expérience patient sur les 10 parcours présentant le plus d'impact en santé publique et d'impact des résultats. Cette mesure permet de mieux coordonner les actions des différents acteurs du système de santé, de renforcer la coopération entre les professionnels de santé, et de garantir l'accès aux soins pour tous.

Création de financements au forfait pour les pathologies chroniques = double et insuffisance rénale chronique dès 2019

La France est l'un des rares pays européens à créer des financements au forfait pour les pathologies chroniques. Cette mesure permet de mieux coordonner les actions des différents acteurs du système de santé, de renforcer la coopération entre les professionnels de santé, et de garantir l'accès aux soins pour tous.

Une dotation de 300 millions d'€ pour financer la qualité dans les établissements hospitaliers

Ma Santé 2022 propose de créer une dotation de 300 millions d'€ pour financer la qualité dans les établissements hospitaliers. Cette mesure permet de mieux coordonner les actions des différents acteurs du système de santé, de renforcer la coopération entre les professionnels de santé, et de garantir l'accès aux soins pour tous.



Efficiency ?

Médico-économie, outil efficace ?

J Clin Oncol. 1995 Sep;13(9):2152-4.

Cost-effectiveness analysis: sleeping with an enemy or a friend?

Gulati SC, Bitran JD.

EDITORIALS

Challenges and Opportunities for Use of Cost-Effectiveness Analysis

K. Robin Yabroff, Deborah Schrag

JNCI 2009

Place de la médico-économie ?

AMM

ansm

Agence nationale de sécurité du médicament
et des produits de santé



EUROPEAN MEDICINES AGENCY
SCIENCE MEDICINES HEALTH

Intérêt

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Remboursement

Comité Economique des Produits de
Santé (CEPS)





Performance médico-€ ?

- ⌘ Pubmed ?

 - ⌘ Période 2002-2015

- ⌘ « cost-effectiveness »

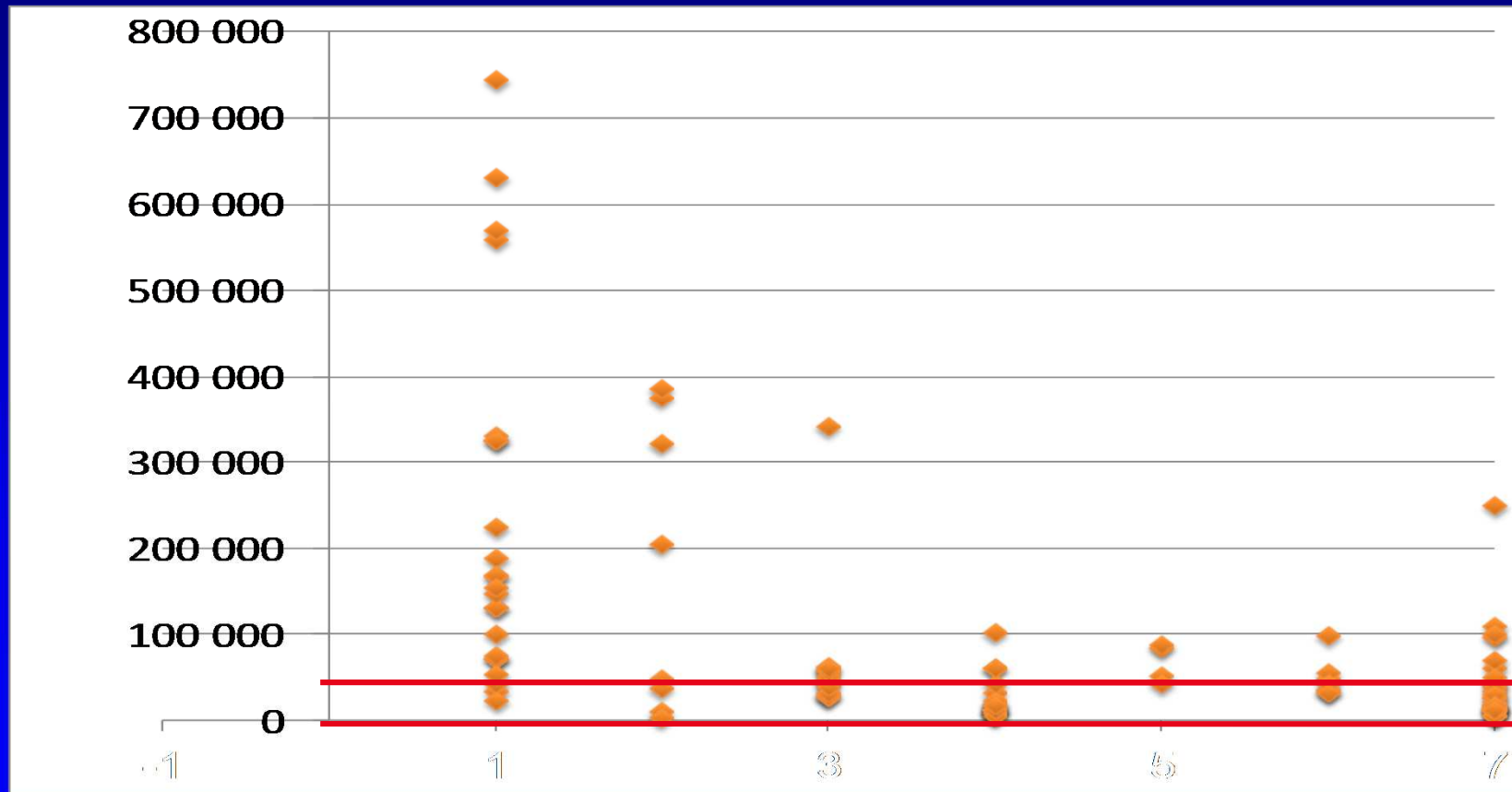
 - ⌘ Bevacizumab, Cetuximab, Imatinib,
Rituximab, Sorafenib, Sunitinib, Trastuzumab

- ⌘ Indications validées

- ⌘ 7 molécules : 107 études

Performance médico-€ ?

Coût par AVG ou QALY (€ ou US\$)



Revue littérature S Limat

Performance médico-€ ?

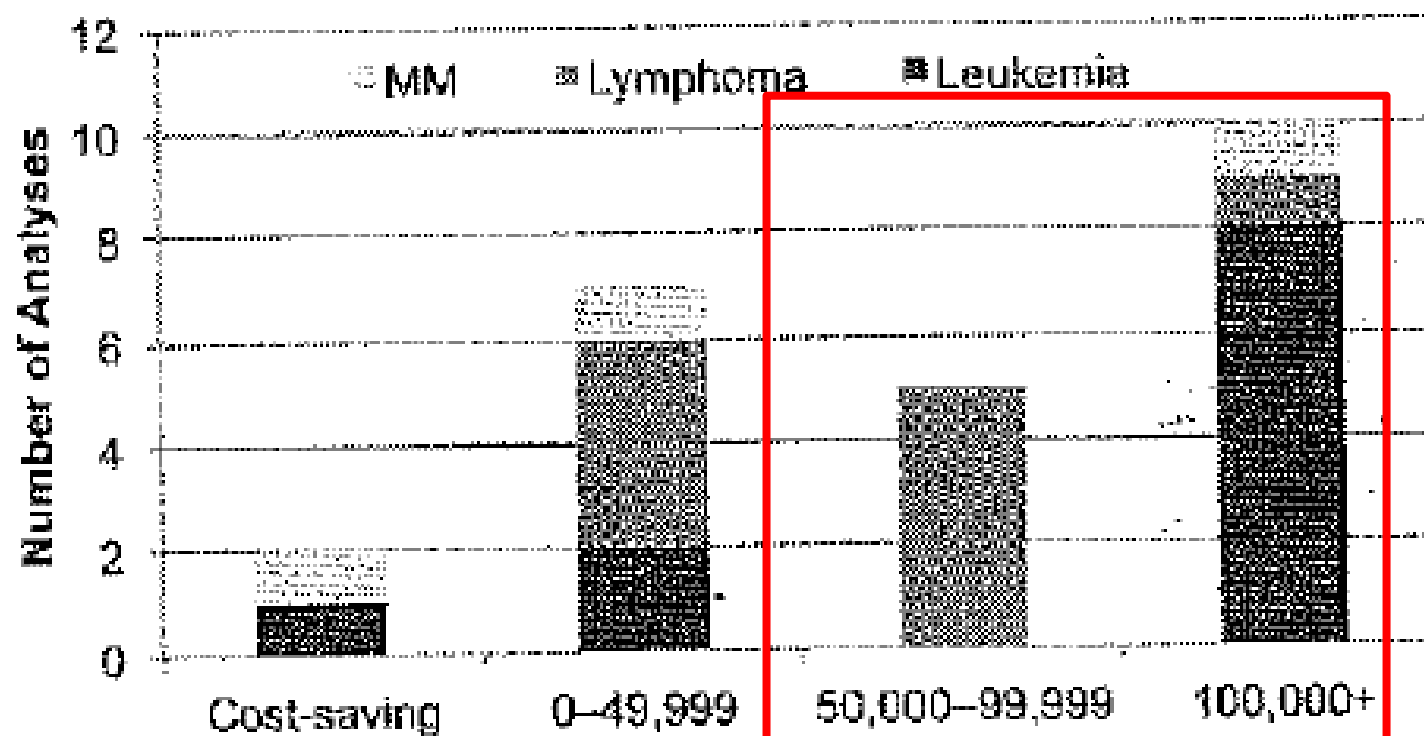


Figure 2. Incremental cost-effectiveness ratios by cancer type and range in 2014 US dollars. MM indicates multiple myeloma.

Chhatwal et al, Cancer 2015



Performance médico-€ ?

Situation	Nombre de cas, n	Nombre de cycles, n	Coût en k€
Pas de données	1 608 (22,95%)	9 648 (20,47 %)	16 162 (19,70%)
Données d'EE	5 398 (77,05%)	37 485 (79,53%)	65 886 (80,30%)
< 50 000 €/QALY	2 408 (34,37%)	14 565 (30,90%)	25 796 (31,44%)
50 000 à 100 000 €/QALY	220 (3,14%)	1 163 (2,47%)	1 738 (2,12%)
> 100 000 €/QALY - dominé	2 424 (34,60%)	19 770 (41,94%)	33 450 (40,77%)
Données contradictoires	346 (4,94%)	1 987 (4,22%)	4 902 (5,97%)
TOTAL	7 006	47 133	82 048

Données Franche-Comté 2014-2016, C Pourcelot & S Limat (n=7 006)

Respect des référentiels



Intérêt



Efficienne



Conformités aux référentiels
94% des coûts

Progrès thérapeutique
37% des coûts

Profil médico-éco. attractif
31% des coûts

0 %

20 %

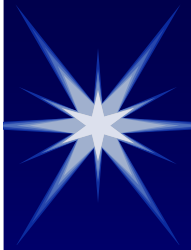
40 %

60 %

80 %

100 %

Données Franche-Comté 2014-2016, C Pourcelot & S Limat (n=7 006)



Un constat clair

- ⌘ Travaux en médico-€ +++
- ⌘ Peu de place décisionnelle
- ⌘ Rapport « incertain »
 - ⌘ Quantité d'effet clinique
 - ⌘ Coût thérapeutique

Des médicaments trop chers ?

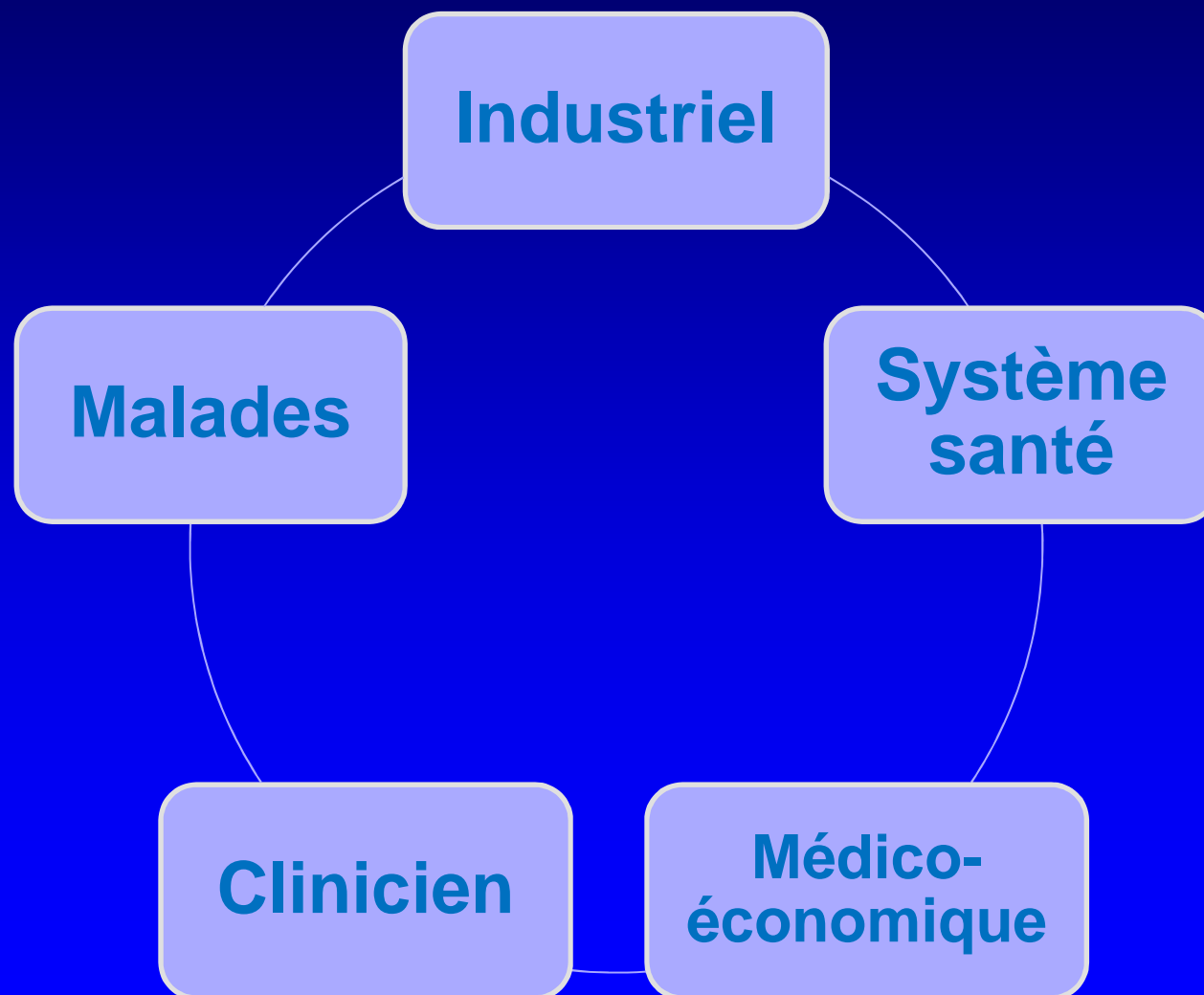
	AT	AU	BE	CH	DE	DK	EL	ES	FI	FR	IE	IT	NL	NO	NZ	PT	SE	UK
Abiraterone acetate	27.50	NA	27.50	26.78	36.67*	28.17	28.33	NA	25.24	27.50	29.07	28.95	27.50	25.02	NA	27.50	29.07	25.08
Bendamustine hydrochloride	301.20	NA	274.91	293.42	274.91	277.94	273.81	NA	305.82	273.81	NA	259.35	295.17	281.96	NA	NA	393.07*	283.28
Bevacizumab	1338.0	1213.8	1214.3	1505.4*	1326.4	1168.6	992.00	1272.9	1359.9	1088.8	1319.5	1224.5	1209.7	1095.7	NA	1236.1	1336.1	1085.1
Bortezomib	1166.0	1209.5	1064.4	1365.1*	1357.3	1001.6	855.63	1120.1	1188.7	1043.9	1141.6	1173.2	1144.0	945.66	1134.4	1143.0	1215.8	894.91
Cabazitaxel	4890.0	4476.3	3814.0	NA	4395.0	4237.5	NA	4100.0	4254.3	NA	NA	3971.0	4203.7	4409.0	NA	NA	4978.5*	3796.2
Cetuximab	199.00	240.63*	177.00	233.08	229.92	218.78	NA	192.30	211.35	189.00	NA	179.60	197.83	184.80	NA	NA	233.49	182.93
Docetaxel	1675.0	NA	1675.0	NA	1675.0	1477.6	1347.1	1666.6	1594.6	1356.8	NA	1591.2	NA	1532.0	NA	NA	2032.2*	1362.1
Denosumab	179.55	179.94	188.10	225.28	238.00	206.81	176.76	185.00	173.80	NA	220.97	199.50	214.35	187.80	NA	NA	242.01*	187.96
Eribulin mesylate	400.00	NA	NA	367.64	400.00	368.62	NA	NA	391.57	320.00	NA	360.99	374.00	377.16	NA	NA	410.85*	370.78
Erlotinib	68.97	74.41	73.32	86.57*	76.97	67.41	53.57	68.18	60.84	67.45	69.95	65.42	69.03	62.62	78.93	70.00	73.59	63.84
Everolimus	120.00	87.15	117.28	151.91*	126.86	103.24	97.98	110.03	107.45	126.20	114.50	115.52	106.03	102.45	NA	NA	139.44	116.21
Gefitinib	78.24	87.15	73.32	91.74	92.50*	66.14	60.77	68.18	64.10	69.20	70.20	73.01	79.31	65.43	33.97	74.43	76.32	74.22
Gemcitabine	175.28	42.91	NA	107.00	120.00	188.87	NA	43.70	159.83	102.91	75.35	147.48	124.60	166.45	209.33*	NA	106.36	167.17
Imatinib	21.22	21.86	19.37	24.39*	23.92	17.97	15.45	19.74	17.97	17.47	19.62	16.73	19.68	17.07	23.98	17.98	21.64	16.87
Interferon alfa 2b	270.63	175.18	147.49	298.94	338.51*	194.19	104.65	NA	164.81	187.20	197.57	166.40	NA	222.63	187.75	161.65	269.36	128.10
Lapatinib ditosylate	17.64	16.34	NA	20.39*	17.64	15.08	12.76	14.49	15.15	16.58	16.27	16.62	15.95	14.63	16.26	15.24	18.59	11.80
Lenalidomide	260.72	189.63	245.29	278.87*	266.00	239.75	195.59	250.78	199.04	165.16	243.62	240.06	240.01	207.93	NA	NA	240.05	184.88
Nelarabine	331.00	NA	331.00	395.40*	331.00	318.04	254.20	275.13	312.09	324.24	318.89	367.33	326.32	340.41	NA	NA	340.83	228.02
Nilotinib	23.34	27.23*	23.34	26.81	26.85	21.56	20.15	24.16	19.95	24.25	23.75	26.36	26.42	20.77	NA	NA	23.63	25.50
Ofatumumab	206.00	NA	NA	NA	252.08*	207.61	188.61	NA	204.93	NA	224.95	228.95	215.99	207.87	NA	NA	247.74	NA
Paditaxel albumin	320.00	283.31	NA	NA	320.00	300.90	223.67	240.00	361.77	NA	NA	221.11	309.49	282.25	NA	NA	396.35*	252.67
Panitumumab	1700.0	NA	1448.3	1762.4	1953.6*	1669.9	1343.9	1520.0	1740.3	1720.0	1700.0	1534.3	1738.6	1453.5	NA	NA	1924.1	1558.3
Pazopanib	27.76	26.62	26.37	25.31	30.82*	20.93	18.78	26.13	25.58	NA	26.40	27.33	25.19	21.85	26.67	NA	28.08	19.19
Pemetrexed	1588.0	1100.8	1253.4	1499.8	2020.0*	1318.7	870.17	1200.0	1419.4	1140.0	1140.6	1372.7	1300.0	1083.2	NA	977.29	1505.3	939.07
Plerixafor injection	5650.0	NA	5800.6	NA	5650.0	5692.5	4918.5	5482.3	5950.0	5650.0	NA	6215.0	NA	6163.5	NA	NA	7703.5*	5015.1
Sorafenib	35.70	37.11*	31.95	33.84	35.09	28.28	25.88	30.44	28.60	28.83	32.35	28.70	31.29	32.61	NA	NA	31.65	31.24
Sunitinib malate	175.33	170.14	173.54	218.81*	194.63	156.98	127.20	168.41	155.84	175.24	170.30	176.00	163.12	145.54	198.28	NA	188.60	115.14
Temsirolimus	875.00	NA	874.04	853.83	897.00	811.74	698.40	875.00	886.93	792.00	NA	889.86	829.90	854.20	NA	799.99	974.50*	636.22
Trastuzumab	690.00	726.98	623.89	788.18	676.59	570.45	458.06	596.52	650.82	536.87	669.76	608.38	579.57	523.23	809.26*	784.24	695.02	478.22
Vemurafenib	38.41	NA	37.09	40.59	41.25*	36.23	NA	NA	38.11	37.09	37.09	37.07	35.36	36.50	NA	NA	39.38	32.20
Zoledronic acid	NA	294.12	214.51	138.47	282.75	253.89	128.34	256.37	207.79	215.68	273.61	NA	NA	NA	329.70*	258.00	305.89	204.45

AT=Austria, AU=Australia, BE=Belgium, CH=Switzerland, DE=Germany, DK=Denmark, EL=Greece, ES=Spain, FI=Finland, FR=France, IE=Ireland, IT=Italy, NA=not available, NL=Netherlands, NO=Norway, NZ=New Zealand, PT=Portugal, SE=Sweden.
 *Price in the highest priced country.

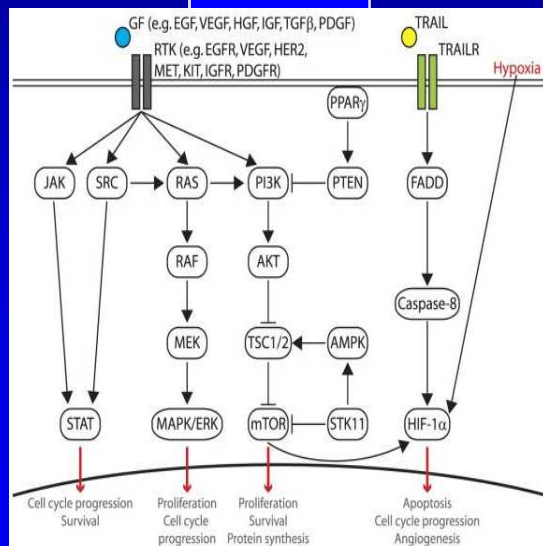
Table 2: Ex-factory prices (€ per unit) of selected cancer originator drugs in the 18 surveyed countries, as of June, 2013

Vogler et al, Lancet Oncol 2016

Quel prix d'un médicament ?



1 pathologie



x maladies rares ?

Quel modèle demain ?





Perspectives ?

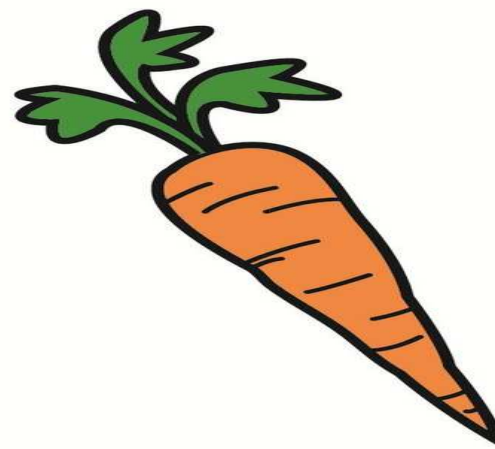
- ⌘ ~~Financement à l'indication~~
- ⌘ Remboursement à l'indication
 - ⌘ Critères ASMR / SMR
 - ⌘ AMM ≠ remboursement
 - ⌘ Recommandations ≠ remboursement ?
- ⌘ Pistes évoquées
 - ⌘ Paiement à la performance ?
 - ⌘ Remboursement conditionnel ?
 - ⌘ Financement au parcours ? Au forfait ?

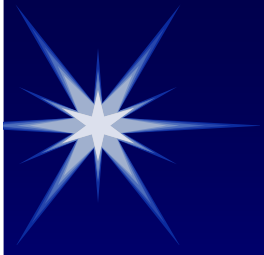
Modèle incitatif



CAQUES

Art 51
LFSS





Dispositifs (ou initiatives)
en cours

CHAPITRE II PROMOUVOIR L'INNOVATION EN SANTÉ

Article 51

I. – L'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Art. L. 162-31-1. – I. – Des expérimentations dérogoires à au moins une des dispositions mentionnées au II peuvent être mises en œuvre, pour une durée qui ne peut excéder cinq ans.

« Ces expérimentations ont l'un ou l'autre des buts suivants :

« 1° Permettre l'émergence d'organisations innovantes dans les secteurs sanitaire et médico-social concourant à l'amélioration de la prise en charge et du parcours des patients, de l'efficience du système de santé et de l'accès aux soins, en visant à :

« a) Optimiser par une meilleure coordination le parcours de santé ainsi que la pertinence et la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale ;

« b) Organiser pour une séquence de soins la prise en charge des patients ;

« c) Développer les modes d'exercice coordonné en participant à la structuration des soins ambulatoires ;

« d) Favoriser la présence de professionnels de santé dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins ;

« 2° Améliorer la pertinence de la prise en charge par l'assurance maladie des médicaments ou des produits et prestations associées mentionnés à l'article L. 165-1 et la qualité des prescriptions, en modifiant :

« a) Les conditions de prise en charge des médicaments et des produits et prestations associées onéreux au sein des établissements de santé et les modalités du recueil d'informations relatives au contexte, à la motivation et à l'impact de la prescription et de l'utilisation de ces médicaments, produits et prestations associées ;

« b) Les modalités de rémunération, les dispositions prévoyant des mesures incitatives ou de modulation concernant les professionnels de santé ou les établissements de santé, ainsi que des mesures d'organisation dans l'objectif de promouvoir un recours pertinent aux médicaments et aux produits et prestations associées ;

« c) Les conditions d'accès au dispositif prévu à l'article L. 165-1-1.

⌘ Fin 2018 : > 200 projets déposés

⌘ Parcours, organisation ++

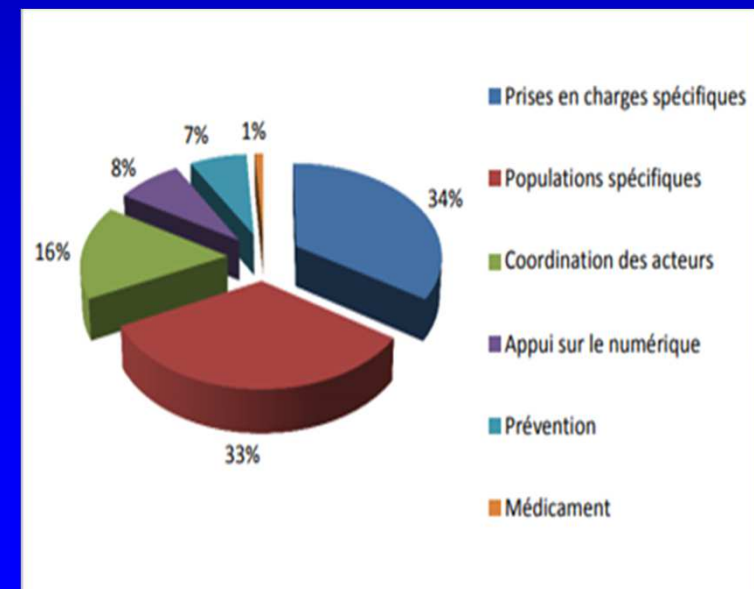
⌘ Médicament : 1%

⌘ Intéressement BioS

⌘ 45 établissements Phase 1

⌘ Extension adalimumab

⌘ Réflexion liste en sus



Source Ministère Santé

**DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES
ET À L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2019**

TITRE I^{er}

TRANSFORMER LE SYSTÈME DE SOINS

Article 37

I. – L'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1^o Le premier alinéa est ainsi modifié :

a) Au début, est ajoutée la mention : « I. – » ;

b) Après la référence : « 1^o », est insérée la référence : « , 2^o » ;

c) Les mots : « satisfont aux critères liés à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, mesurés chaque année » sont remplacés par les mots : « atteignent des résultats évalués à l'aide d'indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins, mesurés tous les ans » ;

d) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Ces indicateurs prennent en compte les résultats et les expériences rapportés par les patients. » ;

2^o Après le même premier alinéa, il est inséré un II ainsi rédigé :

« II. – Pour certains des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins mentionnés au I, un seuil minimal de résultats est requis. Ce seuil est fixé par indicateur en fonction de la répartition des résultats de l'ensemble des établissements concernés. Lorsqu'un établissement mentionné au même I n'atteint pas, pendant trois années consécutives, un tel seuil minimal pour un indicateur, l'établissement concerné fait l'objet d'une pénalité financière notifiée par le directeur général de l'agence régionale de santé après qu'il a été mis en demeure de présenter ses observations. Toutefois, le directeur général de l'agence régionale de santé peut estimer, par décision spécialement motivée, qu'il n'y a pas lieu à sanction au regard de circonstances particulières propres à l'établissement concerné.

« Le montant de la pénalité financière globale est apprécié en fonction du nombre d'indicateurs concernés et de la gravité des manquements constatés. La pénalité financière globale ne peut excéder un montant équivalent à 0,5 % des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement.

« Lorsque, pour une année donnée, un établissement n'atteint pas le seuil minimal requis pour un indicateur, il en est alerté par le directeur général de l'agence régionale de santé qui lui indique la pénalité financière encourue en cas de manquement constaté pendant trois années consécutives et propose des mesures d'accompagnement.

« L'établissement faisant l'objet d'une pénalité financière présente un plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, élaboré dans les conditions prévues aux articles L. 6144-1 ou L. 6161-2-2 du code de la santé publique. » ;

3^o Le dernier alinéa est remplacé par un III ainsi rédigé :

« III. – Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités de détermination et de mise en œuvre de la dotation complémentaire et de la pénalité financière, les catégories des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins

Article 40

I. – Le premier alinéa de l'article L. 6122-5 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « Cette évaluation prend en compte le respect de référentiels mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-30-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, les résultats du programme mentionné à l'avant-dernier alinéa du même article L. 162-30-3. »

II. – L'article L. 162-30-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1^o Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ce plan identifie les écarts significatifs entre le nombre ou l'évolution du nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par les établissements de la région ou les professionnels y exerçant et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable. » ;

2^o Après le mot : « elle », la fin du troisième alinéa est ainsi rédigée : « saisit l'établissement concerné et lui enjoint d'élaborer un programme d'amélioration de la pertinence des soins, servant de base à la conclusion d'un volet additionnel au contrat mentionné au même article L. 162-30-2. »



Relier l'usage à l'indication ?

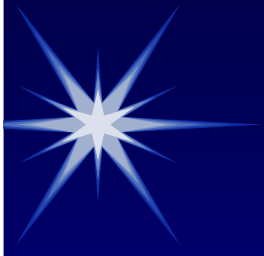
⌘ Liste en sus – codes LES

LES Retour test CHU Besançon	Oncologie		Hématologie	
	Patients	Cures (Poids financier)	Patients	Cures (Poids financier)
Hors « 999999 »	627	4 078	247	821
<i>Remboursement</i>	607	4 022	214	742
<i>Pas de remboursement</i>	20	56 (38 224,51)	33	49 (74 981,44)
« 999999 »*	100	637	218	704

⌘ Réforme des ATU

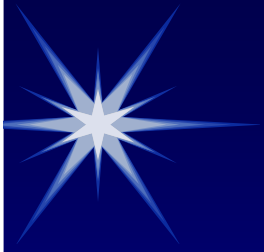
⌘ Indications, demandes

⌘ Facturation



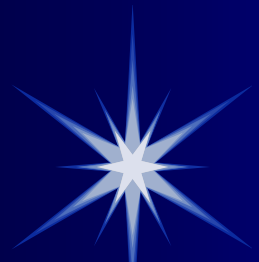
CAQES ?

- ⌘ Phase de « transition »
- ⌘ Objectifs priorités : bioS & G
- ⌘ Évolutions nécessaires
 - ⌘ Individualisation
 - ⌘ Pertinence
 - ⌘ Territorialité
 - ⌘ Pilotage

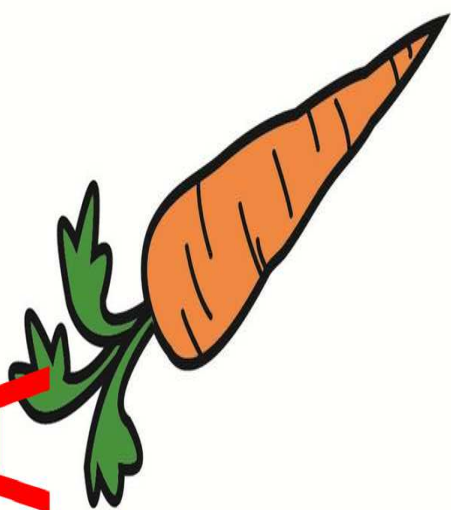


Questions

- ⌘ Parcours, épisode de soins...
- ⌘ Modes financement & rémunération
 - ⌘ Qui des produits de santé ?
- ⌘ Référentiels
 - ⌘ AMM, ciblage moléculaire...
- ⌘ Forfaitisation transports sanitaires
 - ⌘ Conjoncturel ou avant-gardiste ?



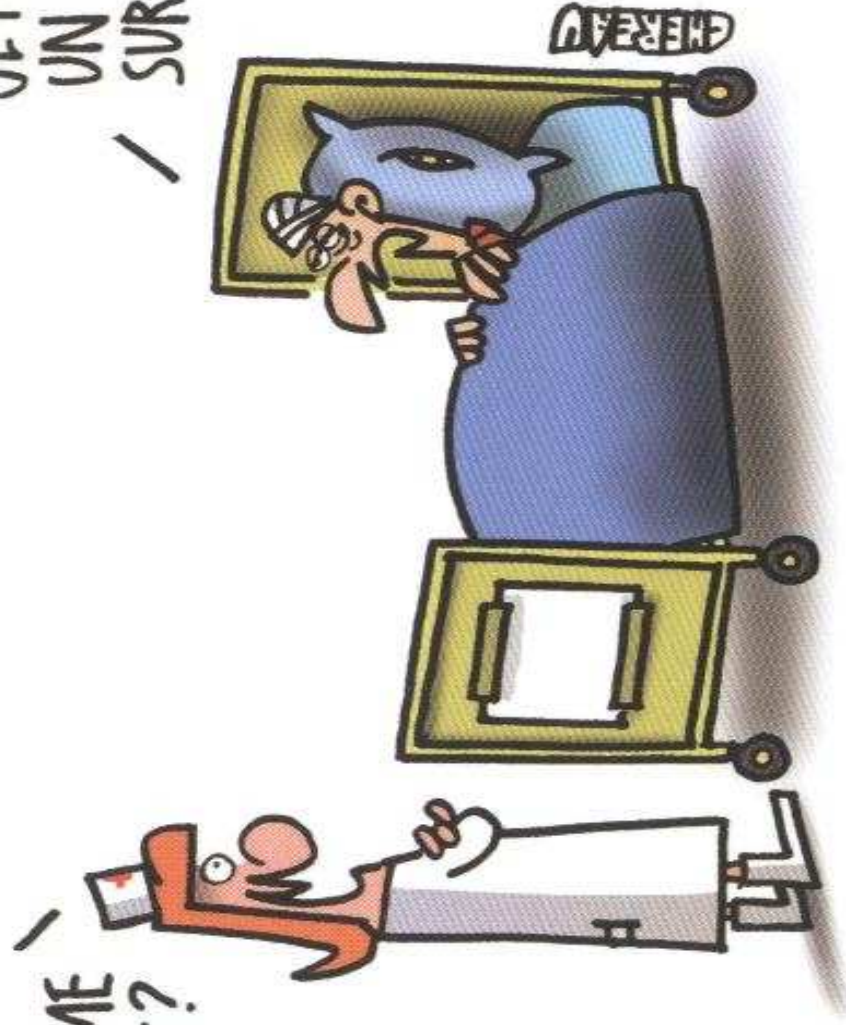
BIG DATA



ALORS ?

VOUS ACCEPTEZ
DE PARTICIPER
A NOTRE PROGRAMME
D'INTERESSEMENT ?

OK. OK :
JE PRENDRAI
UN REPAS
/ SUR DEUX.



NE LE PRENDS
PAS MAL ROBERT,
MAIS TU AS ATTEINT
À TOI TOUT SEUL LA
LIMITE DE NOTRE
ENVELOPPE
MÉDICAMENTEUSE.

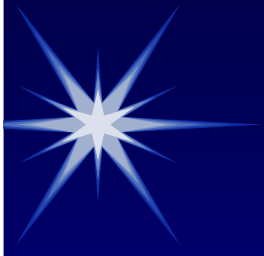
TU VAS JEÛNER
— 3 SEMAINES.

JE PRÉFÈRE
QU'ON ME
CONGÈLE EN
ATTENDANT
DES JOURS
MEILLEURS!



FRANCHEMENT,
À PART L'ÉPUISEMENT,
UN SALAIRE INSUFFISANT
ET UNE PERSPECTIVE
D'ÉVOLUTION INEXISTANTE,
QU'EST-CE QUI MOTIVE
VOTRE ENVIE DE DÉPART?





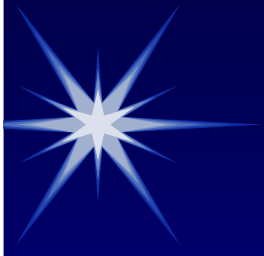
Bibliographie

Annemans L, Acta Clin Belg 2007 **Best J**, Value Health 2010 **Brown B**, Value Health 2008 **Carr B**, J GastroEnterol Hepatology 2010 **Chabot I**, Eur J Cancer 2008 **Chabot I**, Value Health 2010 **Chen W**, Value Health 2009 **Cohn D**, J Clin Oncol 2011 **Contreras-Hernandez I**, Br J Cancer 2008 **Dalziel K**, Health Technol Assessment 2004 **Dalziel K**, Health Technol Assessment 2004 **Dalziel K**, Pharmacoeconomics 2005 **Deconinck E**, Pharmacoeconomics 2010 **Dedes K**, Eur J Cancer 2009 **Dedes K**, Ann Oncol 2007 **Dendukuri N**, CMAJ 2007 **Elkin E**, J Clin Oncol 2004 **Fagnani F**, Bull Cancer 2007 **Ferrara F**, Clin Drug Invest 2008 **Garside R**, Health Technol Assessment 2002 **Garrison L**, Cancer 2007 **Giuliani G**, Lung Cancer 2010 **Gordois A**, Br J Cancer 2003 **Hayslip J**, Clin Lymphoma Myeloma 2008 **Knight C**, Health Technol Assessment 2004 **Groot M**, Eur J Hematol 2005 **Hornberger J**, Leukemia Lymphoma 2008 **Hoyle M**, Value Health 2010 **Huse D**, Clin Drug Investig 2007 **Joerger M**, Ann Oncol 2011 **Johnston K**, Value Health 2010 **Kasteng F**, Acta Oncol 2008 **Kurian A**, J Clin Oncol 2007 **Liberato N**, J Clin Oncol 2007 **Lindgren M**, Acta Oncol 2008 **Lindgren M**, Acta Oncol 2008



Bibliographie

Lindgren M, Ann Oncol 2008 **Matter-Walstra K**, Ann Oncol 2010 **Perez-Ellis C**, Am J Clin Oncol 2009 **Muszbek N**, Curr Med Res Opin 2008 **Millar J**, Pharmacoeconomics 2007 **Mittmann M**, JNCI 2009 **Nadler E**, The Oncologist 2006 **Neyt M**, Health Policy 2008 **Neyt M**, Ann Oncol 2006 **Neyt M**, Int J Technol Assess Health Care 2005 **Norum J**, Ann Oncol 2005 **Norum J**, J Chemother 2006 **Norum J**, Acta Oncologica 2007 **Paz-Ares L**, J Clin Pharm Ther 2010 **Paz-Ares L**, Clin Transl Oncol 2008 **Philipps K**, Cancer 2009 **Poncet B**, Am J Clin Oncol 2008 **Purmonen T**, Clin Ther 2008 **Purmonen T**, Acta Oncol 2011 **Ray JA**, Value Health 2010 **Red SD**, Pharmacoeconomics 2008 **Reed D**, Cancer 2004 **Remak E**, J Clin Oncol 2008 **Shiroiwa T**, Clin Ther 2007 **Shiroiwa T**, Breast Cancer Res Treatment 2008 **Shiroiwa T**, Int J Clin Oncol 2010 **Soini E**, Ann Oncol 2010 **Starling N**, Br J Cancer 2007 **Tappenden P**, Eur J Cancer 2007 **Tappenden P**, Health Technol Assessment 2007 **Thompson Coon J**, Health Technol Assessment 2010 Van **Vlaenderen I**, Acta Clin Belg 2009 **Warren E**, Clin Ther 2004 **Wilson J**, Health Technol Assessment 2005



Bibliographie

Ahn M, Asia Pac J Clin Oncol 2011 **Castro-Gomez A**, Rev Esp Salud Publica 2012
Casciano R, Value Health 2011 **Chan A**, Clin Drug Invest 2011 **Cohn D**, J Clin
Oncol 2011 **Goulard B**, Value Health 2011 **Griffiths R**, J Cancer Epidemiol
Griffiths R, Cancer 2012 **Hannouf M**, Plos One 2012 **Hedden L**, Eur J Cancer
2012 **Hedden L**, Oncologist 2012 **Hornberger J**, leuk Lymphoma 2012
Hornerberger J, Leuk Lymphoma 2012 **Lee E**, Clin Ther 2012 **Lesnock J**, Gynecol
Oncol 2011 **de Lima Lopes G**, BMC Cancer 2011 **Montero A**, Breast Cancer Res
Treat 2012 **Purmonen T**, Acta Oncol 2011 **Rodgers M**, Health technol Assess
2011 **Sanon M**, J Med Econ 2012 **Shiroiwa T**, Br J cancer 2011 **Soini E**, Ann
Oncol 2011 **Wu B**, Clin Ther 2012